

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE ^{N°} 397

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René MABIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes.

Né le 6 mars 1911, à Malestroît (Morbihan).

**Le traitement de l'Epithélioma lingual
au Centre Anticancéreux de Rennes
(Statistique portant sur 151 cas)**

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René MABIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes.

Né le 6 mars 1911, à Malestroit (Morbihan).

**Le traitement de l'Épithélioma lingual
au Centre Anticancéreux de Rennes
(Statistique portant sur 151 cas)**

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPEL.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
BULLIARD Histologie.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR VAL-
 LÉRY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.
 RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUX MIENS

ET

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Membre de l'Académie de Médecine.
Professeur de Thérapeutique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine.
Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait l'honneur de bien
vouloir accepter la présidence de cette
thèse, nous exprimons notre respec-
tueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

Professeur de Clinique Chirurgicale

à l'Ecole de Médecine de Rennes.

Directeur du Centre anticancéreux.

Correspondant national de la Société de Chirurgie.

*Qui a eu la bonté de nous confier
le sujet de notre thèse après nous
avoir accepté à son service comme
externe et interne et constamment
assisté de ses conseils.*

*Nous prions notre Maître d'agréer
cet humble témoignage de reconnais-
sance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Professeur de Clinique dermatologique
à l'Ecole de Médecine de Rennes.

Dont nous fûmes l'interne.

*Hommage de notre respect et de
notre gratitude.*

INTRODUCTION

Notre thèse sera essentiellement l'exposé analytique puis synthétique des cas de néoplasie linguale traités par le Professeur MARQUIS au Centre Anti-Cancéreux de Rennes, de 1924 à 1933. L'explication intégrale de tout phénomène suppose l'étude préalable de son évolution; la thérapeutique n'est pas soustraite à cette loi; aussi bien ne comprendrons-nous vraiment le traitement moderne du cancer de la langue qu'après avoir interrogé le passé.

A la suite de ce rappel historique, nous n'énonçons pas les conceptions actuelles du problème; cette déduction logique, nous contraindrait à des répétitions. Mais nous choisirons une classification clinique de nos observations, dont la publication entraînera l'établissement de notre statistique. Nous dirons alors à quelle technique nous devons nos résultats, que nous comparerons à ceux des auteurs ayant agi comme nous. D'autres procédés ayant été prônés en même temps que nous les énumérerons, nous les jugerons en eux-mêmes et par rapport aux nôtres. Et une conclusion d'ordre technique et général découlera d'elle-même.

HISTORIQUE ¹

PREMIÈRE PÉRIODE.

Les premiers essais curatifs du cancer de la langue remontent à 1760. Jusqu'alors, les médecins respectèrent cette affection dont l'évolution horrifiante et inexorable témoignait un génie malin, trop puissant pour qu'on l'affronte; aussi s'en tenait-on à la seule observation « des douleurs affreuses et puanteurs insoutenables de ce mal qui faisait mourir de pourriture et d'hémorragie ».

En 1774, dans un mémoire à l'Académie Royale de Chirurgie, dont il était le Secrétaire, M. LOUIS conclut :

1° Que la langue n'est pas comme on le croit généralement, le principal instrument de la parole et qu'il est naturel de parler sans langue.

2° Que la privation de cet organe ne détruit aucune des fonctions auxquelles on croit qu'il est nécessairement destiné.

3° Que la chirurgie doit s'enrichir de cette connaissance au profit de l'humanité et nous rendre moins timides pour les opérations qu'on pourrait

(1) Dans ce chapitre nous nous sommes surtout inspirés du très intéressant ouvrage du Professeur P. SÉBILEAU, « Le Cancer de la langue », 1932, G. Douin, Editeur, Paris.

pratiquer sur la langue; et il prône l'amputation partielle ou totale d'une langue néoplastique; mais pour convaincre ses confrères, il lui faudra toute la force de son prestige.

DEUXIÈME PÉRIODE : JUSQU'EN 1850.

On opère donc, mais surgissent aussitôt deux difficultés : l'hémorragie et l'impossibilité d'atteindre par la bouche la langue postérieure. Contre la première, MIRAULT, FLAUBERT, ROUX lient préalablement les artères linguales, MAYOR, LISFRANC, BLANDIN, CLOQUET, VIDAL DE CASSIS prennent le bloc lingual en arrière du cancer dans une ou plusieurs anses, et laissent se gangréner la tumeur et l'organe qui la supporte. Chaque fois qu'elle était réalisable, on pratiquait l'incision en V avec suture primitive. On accédait aux cancers postérieurs soit par section de la joue, du maxillaire, soit par division des parties molles sus-hyoïdiennes.

TROISIÈME PÉRIODE : JUSQU'EN 1880.

Naissance de l'anatomie pathologique moderne. Après les travaux de VIRCHOW, BENNET, Paul BROCA, LEBERT, on distingue dans la langue les cancers mélaniques, colloïdes, squirreux, encéphaloïdes et cancroïdes, ayant chacun leur physionomie clinique propre. Se reporter au Dictionnaire Encyclopédique des

Sciences Médicales (2^e série, tome I, page 404, Masson, Paris, 1776).

Mais toutes ces formes fusionneront en une seule, PAGET, BILLROTH, THIERSH prétendent n'avoir jamais observé qu'un cancer : le cancroïde; et tous les néoplasmes sont considérés comme des épithéliomas.

La technique opératoire évolue aussi; à la ligature progressive succède la « ligature extemporanée » qui consiste en un écrasement vasculo-tissulaire, soit à l'écraseur linéaire de CHASSAIGNAC, soit avec le serre-nœud de GRAEF, modifié par MAISONNEUVE. Cependant l'hémorragie persiste et DEMARQUAY reprend la ligature simultanée des deux linguales qui donnent d'assez bons résultats palliatifs.

QUATRIÈME PÉRIODE : JUSQU'EN 1890.

On cherche toujours la bonne technique. Vient l'ère du thermocautère, qui sera bientôt remplacé par le bistouri. La voie d'abord de la tumeur intrigue toujours et pour la première fois on s'inquiète de l'adénopathie. Certains recommandent l'incision per os combinée à l'extirpation des ganglions. Mais VERNEUIL propose et défend avec énergie la voie para ou transmandibulaire avec extirpation en bloc des ganglions et de la tumeur initiale. Il est très attaqué par l'Ecole Anglaise.

En France GUYON, LEFORT condamnent cette technique qu'ils estiment trop meurtrière; TRELAT écrit :

« ce ne sont pas d'habitude les grosses opérations qui conviennent au Cancer de la langue; ce sont au contraire les petites opérations, car les petites opérations sont celles du début ».

On réalise deux grands progrès :

1. — L'hémostase par ligature préalable de l'artère linguale comme l'avaient déjà conseillé MIRAULT, FLAUBERT et ROUX.

2. — On se préoccupe de l'aération pulmonaire pendant l'intervention. C. MONOD préconise la trachéotomie préventive.

CINQUIÈME PÉRIODE : JUSQU'EN 1920.

Cependant les opérations étaient toujours d'une gravité que ne justifiait aucune efficacité; seule l'amputation par la voie naturelle démontrait sa constante bénignité. Enfin s'établit le rapport entre le Cancer et la leucoplasie au point que LE DENTU, PETIT et CESTAN considèrent celui-là comme la forme terminale fatale de celle-ci. P. POIRIER étudie l'adénopathie cancéreuse et impose l'adénectomie systématique. Après lui H. MORESTIN fixe la technique de l'opération. Cette époque se termine sur les rapports du Professeur Pierre SEBILEAU, et de VALLAS au XXVIII^e Congrès Français de Chirurgie.

SIXIÈME PÉRIODE : JUSQU'A NOS JOURS.

Les progrès réalisés seront plus grands en vingt ans qu'en vingt siècles. D'une part, on étudie la biologie du cancer, d'autre part, les Chirurgiens s'initient à l'influence des rayons X et du radium sur le tissu néoplasique. Après les travaux initiaux de DOMINICI, s'impose l'autorité des conceptions du Professeur REGAUD de l'Institut CURIE et de ses Collaborateurs ROUX-BERGER, MONOD, COUTARD, LACASSAGNE, PIERQUIN, RICHARD. Citons les communications au Congrès de Strasbourg en 1923 de ROUSSY, PROUST, BAYET, GONSETT, NABIAS, DEGRAIS, LABORDE, LEROUX.

Enfin en 1928 à la Société de Chirurgie de Paris sont les derniers débats sur la communication de MM. ROUX-BERGER et MONOD, par les Professeurs LECÈNE, CUNÉO, PROUST, SEBILEAU, JEANNENEY, RECHOU, MATHEY-CORNAT, MARQUIS.

Et nous voici parvenus à l'état actuel du débat.

CLASSIFICATION CLINIQUE

Avant d'établir une statistique comparée de Cancérologie, il convient évidemment de classer les Tumeurs observées suivant leur physionomie anatomique et évolutive.

Délaissant les néoplasies conjonctives nous n'étudierons ici que les seuls épithéliomas spino et basocellulaires; en agissant ainsi, nous n'avons du reste pas l'impression d'être incomplet : à propos de la langue épithélioma est pratiquement synonyme de Cancer.

Notre classification ne sera pas personnelle, mais empruntée : dans le domaine scientifique, en effet, l'originalité qui n'est pas en même temps le progrès d'un degré vers la perfection est à notre avis dommageable; au lieu de clarifier la question, elle la complique sans l'enrichir; du reste ce cancer si grave et fréquent a été suffisamment étudié pour que nous en ayons maintenant d'excellentes conceptions.

Tous les Auteurs, nous semblent-il, s'accordent sur la macroscopie des tumeurs, qu'ils rangent avec M. REGAUD en :

- Papillomateuses ou exophytiques : 5 % des cas;
- Cancroïdes : infiltrantes et creusantes : 80 %;
- Infiltrantes diffuses : où la petitesse de l'ulcéra-

tion contraste avec l'étendue de la tuméfaction indurée : 4 %.

— Nodules multiples d'épithélioma poussant simultanément ou successivement sur des plaques leucoplasiques : 10 %.

Cette discrimination macroscopique est grossière et approximative; son importance est secondaire. On prend davantage en considération les variantes histologiques : le basocellulaire étant moins malin et d'une évolution plus lente que le spino-cellulaire : remarquons d'ailleurs qu'entre ces deux types, l'écart de malignité est moins accusé ici qu'ailleurs, tel est du moins notre sentiment. Aussi les néoplasmes linguaux ne se différencient vraiment que par leur siège et leur extension. Et voici les divisions proposées par quelques auteurs particulièrement compétents :

Le Professeur MOURE distingue les cancers de la pointe, les cancers marginaux antérieurs, méso-marginaux, marginaux postérieurs; ceux de la face inférieure et du plancher. Et d'après l'évolution : les petites lésions débutantes, les cancers cliniquement évidents, les gros cancers.

Nous estimons cette classification trop imprécise; elle laisse une trop grande latitude à l'appréciation personnelle du Statisticien.

Le Professeur PETROFF divise ces néoplasmes en deux catégories : les excrescents et les infiltrants, à fréquence à peu près égale, les premiers étant moins malins et se rencontrant surtout chez les femmes.

Leur siège semble moins l'intéresser que leur stade. Il leur reconnaît trois degrés suivant que l'adénopathie est inexistante, mobile ou fixée. Mais l'extension est aussi prise en considération et toute tumeur dont le diamètre dépasse deux centimètres est du deuxième degré, quand bien même, on ne percevrait pas de ganglions.

Nous apprécions cette conception; l'importance de la localisation initiale est peut-être trop négligée, mais les caractères de l'adénopathie sont bien soulignés; à notre sens, en effet, avant d'instaurer un traitement quelconque, il est capital de s'enquérir du degré d'adhérence des ganglions. Nous n'adopterons cependant pas cette classification pour l'excellente raison qu'il en est d'aussi bonnes et qui sont françaises.

Le Professeur SEBILEAU a réalisé une classification précise et très séduisante, il envisage :

1° Les cancers de la face dorsale :

a) Préstaphylins : les meilleurs, ganglions dans 82, 64 %;

b) Rétrostaphylins : ou de la base; en général latéraux-paramédians, gagnant l'épiglotte, graves : ganglions dans 93,43 % des cas.

2° Les cancers de la face inférieure qui se propagent au plancher et adhèrent vite au périoste, ganglions dans 91,18 % des cas.

3°. — Les cancers des bords, les plus communs.

a) Cancers marginaux du segment préstaphylin, relativement bénins;

b) Cancers marginaux du segment Parastaphylin, gagnant vite le voile, le palais, l'amygdale; haute gravité;

c) Cancers marginaux du segment rétrostaphylin, occupant l'isthme du pharynx, découverts au miroir, d'un pronostic sombre.

Enfin, M. SEBILEAU distingue suivant l'extension, les cancers autochtones et les cancers hétérochtones. Les premiers comprennent ceux du tiers antérieur de l'organe : autochtones libres, et des tiers moyen et postérieur : autochtones soudés.

Tous les autres sont hétérochtones; c'est-à-dire :

1. — Cancer de la face inférieure, gagnant le plancher.

2. — Cancer du segment préstaphylin s'étendant à la partie latérale antérieure du plancher.

2. — Cancer du segment parastaphylin, mordant en haut sur le pilier antérieur du voile et en bas sur la partie latérale postérieure du plancher.

4. — Cancer du segment rétrostaphylin envahissant le pilier postérieur et la paroi du pharynx.

5. — Cancer de la base de la langue plongeant dans la rigole glosso-épiglottique.

Les cancers hétérochtones sont d'un pronostic beaucoup plus grave que les autres.

Nous ne retiendrons cependant pas cette excellente classification dont la précision ne correspond pas assez à l'aspect clinique habituel des tumeurs qui nous parviennent, et surtout parce que nos prédécesseurs au Centre Anti-cancéreux, dont nous utilisons en partie les travaux, ont suivi, avec juste raison d'ailleurs, la pensée de M. REGAUD dont l'autorité est plus qu'indiscutable; unique.

Nos cancers se répartiront donc en :

Dorso-linguaux antérieurs, en avant du V lingual.

Dorso-linguaux postérieurs, en arrière du V lingual.

Infra-linguaux ?

Dans chaque groupe, il existe quatre degrés :

Premier degré : Lésions ne dépassant pas 20 millimètres de diamètre.

Deuxième degré : Lésions dépassant 20 millimètres, mais limitées à une moitié de la langue, soit dans le sens sagittal, soit dans le sens frontal, à la partie antérieure du plancher, ou à un seul sillon maxillo-lingual en cas de cancer infra-lingual.

Troisième degré : Lésions ayant envahi plus de la moitié de la langue ou du plancher.

Quatrième degré : Lésions ayant envahi tout l'organe et propagées au voisinage.

Nous insisterons beaucoup moins sur les métastases ganglionnaires, tous les Auteurs s'accordant actuellement pour estimer l'envahissement, au début, homolatéral et très fréquent. 6 % seulement des cancers n'en présenteraient pas, d'après M. REGAUD qui ajoute « Je crois qu'il n'y a pas d'exemple qu'un cancer du plancher ou postérieur au V n'ait pas une adénopathie cancéreuse ». PETROFF précise que :

Le 1^{er} mois, il n'y a pas de métastase.

Les 2^e et 3^e mois, 54 % des ganglions sont envahis.

Les 4^e, 5^e, et 6^e mois, 84 % ;

Après 6 mois, 98 %.

Quoiqu'il n'y ait aucune règle fixe, et qu'il faille toujours songer à l'éventualité d'une adénopathie

croisée on peut écrire que les ganglions des cancers postérieurs sont sous-angulo-maxillaires et carotidiens hauts. ceux, des Néoplasmes marginaux sont carotidiens moyens et sous-maxillaires; les ganglions sous-mentaux ne sont pas rares. En somme l'adénopathie serait d'autant plus haute que la lésion primitive est plus postérieure.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

I. — J. F. 55 ans entre au Centre Anti-Cancéreux, le 6 juin 1926, en sortira le 24 juillet.

Le début de la Maladie remonte au moins à un An; caractérisé par une sensation de tuméfaction du plancher buccal, et de l'induration de cette même région. La mastication devenant douloureuse, le sujet se décide à consulter, il y a un mois.

A son arrivée il fut constaté un Epithélioma infiltrant tout le plancher gauche, la moitié gauche de la base de la langue et l'amygdale gauche. Pas d'ulcération. Gros ganglions sous-maxillaires et carotidiens, à la biopsie : Epithélioma spino-cellulaire (D^r BODIN).

Le 8 juin : Adénectomie.

Protocole Opératoire : incision stellaire de MORESTIN, section du sterno-cléido-mastoïdien à son insertion basse; Cellulo-adénectomie; on découvre des ganglions haut situés, l'un est dans la parotide; une masse néoplasique se révèle constituée par la fusion de la glande sous-maxillaire et de ganglions adhérents; elle semble se continuer avec la lésion primaire, et son ablation totale entraînerait une communication avec la bouche.

Le 25 juin : Radiumponcture de la localisation initiale par neuf aiguilles de deux milligrammes de Radium élément.

Le 3 juillet, donc après neuf jours, on les enlève.

0 mm. 5 platine : 184 heures. 18 M. G. E. 24.873 millicuries détruites.

Le 7 juillet : Irradiation de la région carotidienne droite

et gauche, et de la région sus-hyoïdienne par 22 tubes de 5 M. G. E.; 11 gauches, 8 droits et 3 sushyoïdiens.

Le 8 juillet : Hémorragie, on enlève le collier, jusqu'au 12 application discontinue; du 12 au 20, application continue. Totalisant : Heures, 266; M. G. E., 110; M. C. D., 219,76,26. Numération globulaire après le traitement :

Hématies	4.880.000	Polynucléaires	68 %
Leucocytes	14.000	Mononucléaires	32 %
Plaquettes	15	Grands	2
		Petits	6
Valeur globulaire.	0,83	Lymphocytes	17
		Myélocytes	7

En résumé : Epithélioma infiltrant, très évolué, infra-lingual, au moins du troisième degré, dont l'adénopathie était à l'extrême de l'opérabilité, ayant bénéficié de la meilleure technique applicable.

En dépit de nos exhortations très instantes et systématiques, aucun renseignement ne nous est parvenu, ni du malade, ni de sa famille sur l'évolution de ce cas, que nous classerons donc parmi les échecs.

OBSERVATION II.

P. M., 57 ans. Entre au Centre le 5-mars 1926, en sortira le 24 avril.

Malade dont l'histoire illustrerait magnifiquement la thèse des Maisons à cancer. Nous négligerons ici ce point. Il prétend souffrir depuis seulement deux mois d'une tuméfaction de la langue entraînant surtout une gêne de la parole.

A l'examen d'entrée on a porté le diagnostic d'épithélioma dorso-lingual postérieur droit, peu ulcéré, mais s'infiltrant largement en arrière et en avant.

Il existe de très gros ganglions carotidiens et sous-maxillaires du même côté semblant encore mobiles.

Le 8 mars : Biopsie; Epithélioma pavimenteux lobulé, à globes épidermiques nombreux.

Le 12 mars : Evidement de la loge sous-maxillaire et carotidienne droites avec résection du sterno-cléido-mastoïdien et de la jugulaire interne, à laquelle les ganglions sont très adhérents.

Puis Radiumponcture de la lésion buccale.

Le 30 mars : 0 mm. 5 Pt.; 263 heures; 16 M. G. E.; 28.838 M. C. D.

Le 12 avril : Application d'un collier de cire épais de 3 centimètres portant 18 tubes de 5 M. G. E. pour les régions carotidiennes droite et gauche.

Le 24 avril : On l'enlève : 2 mm. Pt.; 288 heures; 90 M. G. E.; 194.659 M. C. D.

Echec du traitement.

OBSERVATION III.

P. B..., 47 ans. Entre le 4 février 1927.

Ce malade a reçu les soins d'un confrère il y a trois ans, pour néoplasme exophytique de la base de la langue, qui fut enlevé chirurgicalement. Récidive presque immédiate mais lente. En août 1926, la tumeur a retrouvé son volume primitif, alimentation entravée, aussi le sujet retourne-t-il à son médecin qui applique alors du Radium sous l'influence duquel le cancer fond, mais le plancher reste douloureux.

Ce malade nous parvient le 4 février 1927, la langue est souple, le plancher est induré, une biopsie prélevée à ce niveau révèle « un papillome avec hypertrophie des couches épidermiques; en un point, le derme est infiltré de cellules jeunes, pas de néoplasie » (D^r BODIN).

Le 13 mai 1926 : Le malade souffre toujours; le plancher est induré, en somme état stationnaire, rassuré par la biopsie, on le renvoie à six mois.

Le 17 novembre : On constate une ulcération derrière les incisives inférieures saignante, pas de ganglions; on prélève un nouveau fragment :

« Epithélioma spino-cellulaire typique; Globes épidermiques assez nombreux; Karyokinèses fréquentes; Stroma infiltré de cellules jeunes. »

Le 12 décembre 1927 : Radiumponcture de la partie antérieure du plancher par deux aiguilles de 2 M. G. E. et six de 1 M. G. E.

Le 20 décembre : On les enlève : 0,5 mm. Pt.; 192 heures; 10 M. G. E.; 14 M. C. D.

Le 25 janvier 1928 : Application d'un collier portant 18 tubes de 5 M. G. E. et irradiant la région cervicale droite.

Le 2 février : On les enlève : 2 mm. Pt.; 192 heures; 90 M. G. E.; 130 M. C. D.

En somme : Epithélioma spino-cellulaire traité une fois par exérèse chirurgicale et deux fois par radiumponcture. Lors de sa seconde récurrence, nous l'avons estimé du deuxième degré. Notre traitement a réalisé une régression absolue de tous les signes. Pendant trois ans, le malade s'est cru guéri, puis une récurrence locale s'est manifestée, que le patient désespéré n'a pas soignée.

OBSERVATION IV.

R. V..., 68 ans. Entre le 13 mai 1925.

Il est impossible d'obtenir des renseignements vraisemblables sur les commémoratifs. Depuis trois mois, les fonctions linguales sont sérieusement gênées. Il consulte pour la première fois le 3 avril; il nous parvient le 13 mai.

Actuellement le néoplasme qui a sans doute débuté par le plancher droit, intéresse tout le plancher et pour ainsi dire toute la langue, dont seule la pointe est encore libre, le maxillaire est envahi. Cependant l'adénopathie est encore unilatérale, droite, carotidienne et sous-maxillaire.

On institue la radiumponcture. Mais après deux jours, le malade refuse le traitement.

Est-il tellement blâmable.

OBSERVATION V.

L. P..., 69 ans, Entre le 25 février 1925.

Début imprécis, il souffre depuis quatre mois.

A son arrivée, il présente un épithélioma envahissant le plancher buccal gauche dans sa partie antérieure et moyenne, dépassant la ligne médiane et mordant sur la face inférieure de la langue surtout à droite. Il existe des ganglions sous-maxillaires gauches et droits.

Biopsie : « Epithélioma pavimenteux lobulé, dont la trame est jeune et peu abondante et les karyokinèses assez nombreuses ».

26 février 1925 : Radiumponcture du plancher par 4 aiguilles de 2 M. G. E. et 4 aiguilles de 1 M. G. E.

3 mars : Ablation : 0,5 mm. Pt.; 120 heures; 12 M. G. E.; 10.814 M. C. D.

6 mars : Radiumponcture de la face inférieure par 7 aiguilles de 1 M. G. E. et 2 aiguilles de 2 M. G. E.

11 mars : Ablation : 0,5 mm. Pt.; 120 heures; 11 M. G. E.; 10.014 M. C. D.

Total : 20.828 M. C. D.

17 mars : Adénectomie gauche. Incision stellaire de Morestin. Evidement du creux sous-maxillaire et de la région carotidienne, après résection du sterno-cléïdo-mastoïdien; conservation de la jugulaire. On enlève de nombreux ganglions dont deux seront examinés.

Réponse de l'histologiste : « En aucun point on n'a relevé de lésions pouvant se rattacher à une néoplasie. Tissus congestionnés et scléreux ».

7 avril : Application d'un collier de cire portant 5 tubes de 10 M. G. E. et 3 tubes de 5 M. G. E.

9 avril : Un tube de 10 est remplacé par un de 5. L'application de 65 M. G. E. a donc duré 48 heures. 23.430 M.C.D.

Restent 4 tubes de 10 M. G. E.

4 tubes de 5 M. G. E.

16 avril : 3 heures du matin, le malade refuse de garder plus longtemps son collier.

153 heures à 60 M. G. E. 69.941 M.C.D.

92.371 M.C.D.

Donc épithélioma lobulé infra-lingual du troisième degré, dont le traitement a été, du fait du malade, moins intense qu'on ne l'eût désiré.

Et cependant aucune récurrence jusqu'en 1930, date à laquelle on lui a affirmé, à bon escient, sa guérison définitive.

OBSERVATION VI.

A. M..., Entre le 17 novembre 1925.

En juin 1925, s'est installée une dysphagie qui loin de régresser, s'intensifie, contraignant le sujet à une consultation médicale voici trois semaines.

A l'entrée, il est constaté un épithélioma spino-cellulaire-dorso-lingual postérieur gauche, ulcéré sur un centimètre, et circulairement induré.

On perçoit quelques petits ganglions sous-maxillaires et un ganglion carotidien; notons-en un autre à droite.

20 novembre 1925 : Evidement ganglionnaire carotidien et sous-maxillaire gauche. On trouve le long de la chaîne carotidienne de gros ganglions insoupçonnables cliniquement, jusqu'au creux sus-claviculaire.

5 décembre : Radiumponçture linguale par 5 aiguilles de 2 M. G. E.

6 décembre : 1 aiguille tombe.

8 décembre : Elles tombent toutes.

10 décembre : On les replace : deux sur la face supérieure, une sur le bord, une sur la face inférieure, une à la limite du plancher.

18 décembre : On les enlève. Il a donc été détruit : 19.961,58 millicuries.

21 décembre : Application d'un collier de pâte Colombia épais de 3 centimètres, portant 20 tubes de 5 M. G. E.

9 pour la loge sous-maxillaire et la chaîne carotidienne gauche.

9 pour les régions symétriques droites.

2 pour la loge sub-linguale.

3 janvier 1926 : 2 mm. Pt.; 300 heures; 100 M. G. E.; 225.300 M. C. D.

Numération globulaire après le traitement.

Hématies : 6.240.000; Leucocytes : 6.000; Polynucléaires : 68 %; Mononucléaires : 32 %; V. G. 0,80; Plaquettes 2 groupes.

En résumé : Epithélioma spino-cellulaire dorso-lingual postérieur, traité alors qu'il avait atteint le deuxième stade de son évolution, et guéri.

OBSERVATION VII.

L. F..., 69 ans. Entré le 18 avril 1925.

La néoplasie évolue depuis un an; le malade éprouvant surtout la sensation d'une tumeur de la base de la langue entravant progressivement l'articulation des mots.

Nous constatons actuellement un cancroïde ayant rongé le plancher gauche, la langue et le maxillaire, les trois ne formant qu'un bloc, le côté opposé est irrégulièrement intéressé.

Au cou, on palpe des ganglions fixés, bilatéraux.

Ce malade nous parvient dans un état lamentable, indescriptible, toute la physiologie buccale est anéantie.

Le 21 avril : Cellulo-adénectomie cervicale gauche. Incision stellaire de MORESTIN. Section du sterno-cléïdo-mastoïdien. Derrière la jugulaire interne on découvre des ganglions en partie adhérents. Section de la veine, ligature du bout périphérique, on extériorise ainsi une chaîne ganglionnaire près de la clavicule. Section de la thyroïdienne supérieure, du tronc thyro-linguo-facial et de l'insertion haute

du sterno, sous laquelle existe encore des ganglions. Ligation de la jugulaire en haut.

Section du bord inférieur du maxillaire avec l'artère et la veine faciales; on dégage ainsi toute la loge sous-maxillaire, on poursuit l'évidement très en avant jusque dans la région sub-linguale et on extirpe dans un seul bloc le sternocléido-mastoïdien, la jugulaire interne, et tous les ganglions. Drainage.

On donne au Laboratoire un ganglion sous-maxillaire et un carotidien. Tous les deux sont néoplasiques.

12 mai : Application d'un moule Colombia portant 9 tubes de 5 M. G. E. et 4 de 10 M. G. E.

Le 18 : On les enlève : 142 heures; 85 M. G. E.; 91.794 M. C. D.

Numération globulaire après le traitement :

Hématies : 2.570.000; Leucocytes : 5.000; Hémoglobine : 70 %; Valeur globulaire : 1,4; Polynucléaires : 79; Mononucléaires : 21.

8 juin 1926 : Langue disparue presque en totalité. Ce qui reste est adhérent au plancher. Pas de ganglions ni à droite ni à gauche. Au toucher : bloc fibro-ligneux constitué par du tissu scléreux.

3 septembre 1926 : Même infiltration, pas de ganglions, mais l'état général de ce vieillard est très déficient.

On demande une formule sanguine :

Hématies	4.700.000
Leucocytes	20.000
V. G.	0,39
Hémoglobine	37 %

Le 17 septembre 1926 : Il s'éteint.

Voici donc l'observation d'un vieillard porteur d'un épithélioma très avancé, largement classé dans le quatrième degré, et duquel on obtint, grâce surtout à une exérèse chirurgicale audacieuse, une amélioration inespérée, puisque seize mois après, le sujet mourait de sénilité, sans présenter de récurrence locale.

Les délais de guérison n'ayant pas été obtenus, il nous faut cependant ranger ce cas parmi les échecs.

OBSERVATION VIII.

L. F..., Entre le 9 juin 1925.

L'attention du malade aurait été attirée pour la première fois, il y a trois mois, par des bourdonnements auriculaires droits tenaces, auxquels viendront s'ajouter de la dysphagie et des odontalgies. Puis se manifeste une petite ulcération du bord lingual gauche dont l'extension progressive entravera l'alimentation solide. Il consulte alors le médecin spécialiste de laryngologie de l'hôpital qui nous l'adresse sur le champ.

Il s'agit d'un épithélioma lingual, dorso-postérieur gauche, ayant déjà envahi la loge amygdalienne et la paroi pharyngée, infiltrant le plancher buccal jusqu'au tiers supérieur. De plus, en avant de la loge amygdalienne droite on voit et palpe une ulcération indurée.

Il existe évidemment des ganglions sous-maxillaires et carotidiens, mais unilatéraux et en partie mobiles.

Biopsie : « Epithélioma spino-cellulaire dont l'évolution doit être rapide » (Dr BODIN).

11 juin 1925 : Radiumponcture linguale, dapédienne et amygdalienne par 3 aiguilles de 2 M. G. E. et 6 aiguilles de 1 M. G. E.

Le 12 : Une aiguille tombe.

Le 17 : On les enlève pour reposer le malade.

Le 27 : On les replace.

Le 2 juillet : On les retire définitivement.

Il a été détruit 22.830.040 millicuries.

Le 10 juillet : Exérèse chirurgicale de l'adénopathie gauche, technique usuelle. Signalons la présence de nombreux ganglions dans le creux sus-claviculaire plongeant jusque derrière l'os. La jugulaire, les ganglions carotidiens et la parotide forment une masse unique, enflammée du reste; au cours de la dissection un foyer purulent s'ouvre.

Biopsie : Le ganglion sous-maxillaire est inflammatoire, le ganglion carotidien est néoplasique.

Le 3 août : Collier de pâte Colombia portant 22 tubes de 5 M. G. E.

Le 6 août : On l'enlève pour modifier la position des tubes, on en supprime quatre.

Le 14 août : Ablation définitive. Au total : 174.417.90 M. C. D.

Cet épithélioma cliniquement classé dans le 4^e degré, histologiquement estimé très malin, a parfaitement guéri.

OBSERVATION IX.

J. D..., 59 ans. Entre le 2 janvier 1925.

Observation d'une concision éloquente, le sujet prétend être malade depuis 4 mois. Actuellement douleurs atroces, alimentation impossible.

Le cancer a infiltré tout l'organe dont la face inférieure ainsi que le plancher sont entièrement ulcérés.

D'un angle maxillaire à l'autre on voit une métastase ganglionnaire ne faisant plus qu'une seule masse.

L'état général ne permet aucun espoir, on tente la radium-thérapie; le deuxième jour, le malade meurt.

OBSERVATION X.

A. C..., 60 ans. Entre le 21 septembre 1925.

Depuis trois semaines le malade éprouvait des picotements margio-linguaux droits. Il sollicite sans plus attendre l'avis de son médecin qui constate au même niveau « une petite ulcération indurée saignante avec empâtement sous-maxillaire ». Il nous l'envoie.

Il s'agit d'un Epithélioma spino-cellulaire-dorso-lingual antérieur droit, de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Le 25 septembre 1925 : Evidement carotidien et sous-maxillaire; il existe de petits ganglions au contact de la clavicule, tout le long de la chaîne carotidienne et dans la

fosse sous-maxillaire; on respecte néanmoins la jugulaire interne.

L'examen histologique des ganglions prélevés n'a pas permis de soupçonner une néoplasie.

Le 13 octobre 1925 : Mise en place de deux aiguilles, dont une ne tiendra pas, dans la tumeur linguale.

Le 19 octobre : Ablation : 1.088.95 M. C. D.

Pas de radiumthérapie par appareil extérieur. Donc cancer dorso-lingual antérieur traité tout au début par radiumponcture et exérèse ganglionnaire qui guérira parfaitement sans aucune séquelle.

Remarquons que ce cas du premier degré est très rare dans notre collection.

OBSERVATION XI.

J. A., 74 ans. Entre le 21 mars 1925.

L'élucution gênée depuis quatre mois, le malade nous arrive directement envoyé par son Médecin qu'il vient de consulter. On constate un cancer infiltré dorso-lingual Postérieur droit, de la dimension d'une noisette. Pas de ganglions.

Le 27 mars : Radiumponcture par 4 aiguilles de I. M. G. E. dont l'une tombera, si bien que le 7 avril, date à laquelle on enlève les autres pour reposer le malade, 5,001 Milli-curies auront été détruites. Le sujet s'oppose alors à la continuation du traitement.

Le 16 juin 1926 : il nous revient, on constate la cicatrisation de la lésion buccale, mais aussi la présence d'une adénopathie grosse comme le poing sous-angulo-maxillaire droite. A gauche, il existe aussi un ganglion, trois fois plus petit.

Une laryngoscopie révèle que la base de la langue est infiltrée, le pharynx, l'épiglotte sont normaux.

Le 26 juin : Exérèse ganglionnaire droite. Incision classique dont la branche postérieure est reportée loin derrière l'oreille pour circonscrire toute la tumeur. Section du

sterno et de la jugulaire interne. On isole la carotide primitive; on lie la thyroïdienne supérieure et la carotide externe à leur origine. On dissèque le pneumo-gastrique. En haut la masse adhère au Larynx; libération pénible.

Le 30 juin : mort.

Donc : Néoplasme arrivé, par la faute du malade, à l'ultime stade de son évolution.

Tentative de traitement : Déception relative.

OBSERVATION XII.

A. V., 63 ans. Entre le 29 septembre 1925.

Début en janvier 1925 par une petite ulcération du bord gauche de la langue. Consultation 9 mois après. Actuellement, la tumeur occupe toute la partie latérale gauche et médiane du plancher; la droite est aussi infiltrée, la face inférieure et le bord gauche sont également intéressés. Ganglions sous-maxillaires gauches. Empâtement à droite, mais moindre.

6 octobre : Biopsie : « Néoplasme pavimenteux lobulé, à karroykinèses nombreuses et globes rares ».

7 octobre : Evidement carotidien et sous-maxillaire gauche. On trouvera de nombreux ganglions jusque tout près de la clavicule. Les ganglions prélevés sont reconnus néoplasiques.

Le 16 octobre : Dans la langue et le plancher, on fixe 8 aiguilles de 2 M. G. E. et 8 aiguilles de 1 M. G. E.; beaucoup tombent successivement.

Le 26 octobre : On les enlève : 31.443.85 M. C. D.

Le 9 novembre : Collier sur les régions sub-linguale, sous-maxillaire et carotidienne gauches : 14 tubes de 5 M. G. E.

Le 12 : On ajoute 9 tubes de 5 M. G. E.

Le 15 : On repose le malade.

Le 16 : On remet 24 heures le collier : en tout 118.407.35 M. C. D.

Le 18 : Collier similaire à droite portant 18 tubes de 5 M. G. E., qui sera enlevé le 22 : 64.293.65 M. C. D.

Malade revu le 7 mai 1926. Sur le bord gauche de la langue est une zone blanche. Réaction dyphtéroïde du radium. A droite, on palpe de gros ganglions : peut être inflammatoires. Le malade souffre beaucoup.

Le 7 août 1926 : Mort.

Conclusion : Epithélioma infra-lingual ayant atteint largement le troisième stade de son évolution.

Après traitement : survie de onze mois.

Sera classé parmi les échecs.

OBSERVATION XIII.

P. C., 57 ans. Entre le 14 juin 1926.

Cet homme souffrait depuis 6 mois du bord droit de la langue, bientôt apparaissait à ce niveau un nodule induré qui par la suite s'étendra progressivement. Actuellement, toute la moitié droite de la langue est épaissie et indurée.

On palpe de gros ganglions carotidiens et sous-maxillaires droits, on perçoit à gauche de petits ganglions bien mobiles, de consistance normale.

Le 21 juin 1926 : Résultat de la Biopsie « Epithélioma pavimenteux lobulé, à karyokinèses fréquentes et globes épidermiques nombreux, stroma de tissu jeune » v. (D^r BODIN).

Le 22 juin : Cure chirurgicale de la métastase ganglionnaire suivant la technique usuelle.

Le 3 juillet : Radiumponcture de la localisation primaire, par 8 aiguilles de 2 M. G. E.

Le 10 juillet : On les enlève : 20.186 M. C. D.

Le 21 juillet : Mise en place d'un appareil extérieur portant 22 tubes de 5 M. G. E.. 10 carotidiens droits; 8 carotidiens gauches; 4 sus-hyoïdiens.

Le 31 juillet : On les enlève : 201.568.40 M. C. D.

Le 24 décembre 1926 : Grosse récidence dans toute la région sous-maxillaire droite qui présente une ulcération large comme la main.

Donc : Epithélioma dorso antérieur et postérieur, du 3^e

degré, auquel il fut appliqué le traitement classique avec une intensité suffisante. Néanmoins récidence ganglionnaire un an après.

OBSERVATION XIV

P. C., 57 ans. Entre le 16 juin 1926.

Le sujet constate voici cinq mois une petite ulcération du plancher antérieur. Un mois après, il consulte. Le confrère ne fait pas le diagnostic, en outre il prescrit des atouchements quotidiens à la teinture d'Iode que le malade exécutera scrupuleusement pendant quatre mois.

Aujourd'hui toute la partie antérieure du plancher est ulcérée des deux côtés, l'infiltration se poursuit très loin dans la base de la langue.

Il existe de nombreux ganglions sous-maxillaires et carotidiens gauches, rien à droite.

Biopsie : « Néoplasme baso-cellulaire typique à stroma peu abondant ».

Le 25 juin : Cellulo adénectomie gauche. Les ganglions sont extraordinairement abondants; ils adhèrent à la Jugulaire interne qu'on réussit à conserver, et à la base de la parotide. Le plancher est adhérent à la loge sous-maxillaire; on l'isole à grand peine.

Ces ganglions fixés sembleraient indubitablement néoplasiques. Il n'en a rien paru dans les deux qui furent prélevés.

Le 15 juillet : Poncture linguale par 8 aiguilles de 2 M. G. E. Le tissu cancéreux est très friable, aussi des incidents se produisent-ils.

Le 24 juillet : On enlève définitivement les aiguilles : 22.229.60 M. C. D.

Le 3 août : Moulage d'un appareil extérieur portant 22 tubes de 5 M. G. E. 10 carotidiens gauches; 9 carotidiens droits, 3 sus-hyoïdiens.

Le 13 août : On enlève le collier : 190.829.13 M. C. D.

Octobre 1926 : Radiumdermite intense du plancher.

Janvier 1927 : Radiumnécrose de la partie antérieure du plancher sans ostéonécrose.

Mars 1928 : Amélioration.

Décembre 1928 : Guérison absolue qui persiste depuis.

En 1935 : Va très bien.

En résumé : Epithélioma baso-cellulaire qui après avoir atteint le 3^e stade de son évolution a guéri complètement sous l'influence du traitement.

OBSERVATION XV.

G. G., 53 ans. Entre le 22 octobre 1926.

Des douleurs du maxillaire inférieur révèlent, voici deux mois le début apparent du néoplasme. Extractions dentaires inopérantes; du dentiste, le malade va au médecin et le diagnostic est alors porté.

Nous voyons le sujet le 22 octobre 1926, il présente alors sur la gencive gauche une ulcération irrégulière, indurée et saignante, le plancher du même côté est envahi dans ses 2/3 antérieurs, l'induration pénètre la langue. Il existe en outre des ganglions sous-maxillaires.

Il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire peu karyokynétique à stroma jeune très vasculaire.

5 novembre 1926 : Evidement carotidien et sous-maxillaire gauche.

23 novembre : Poncture par 6 aiguilles de 2 M. G. E. et 3 de 1.

29 novembre : On l'enlève : 16,1 M. C. D.

Le 1^{er} décembre : Irradiation externe par 20 tubes de 5 M. G. E.

10 carotidiens gauches; 2 sus-hyoïdiens; 8 carotidiens droits.

Le 11 décembre : Ablation du collier; 186 M. C. D.

Epithélioma baso-cellulaire qui guérira parfaitement.

OBSERVATION XVI.

L. J., 57 ans. Entre le 6 juillet 1926.

Néoplasme né il y a quelques mois d'une plaque de leucoplasie siégeant à la base de la langue, la déglutition devient progressivement très difficile. Un médecin enlève cette plaque qui était à gauche; peu après un autre néoplasme pousse de l'autre côté. Il s'agit donc bien de cette forme d'épithélioma à nodules multiples que nous n'avons pas rencontré souvent.

Actuellement : Cancer dorso-lingual postérieur bilatéral et s'infiltrant loin en arrière.

Au microscope : Spino-cellulaire à globes épidermiques rares et karyokinèses très fréquentes.

13 juillet 1926 : Exérèse chirurgicale des ganglions cervicaux droits.

Le 2 août : On les enlève : 19.510.98 M. C. D.

Le 1^{er} septembre : Collier portant 20 tubes de 5 M. G. E. irradiant la région carotidienne droite et gauche.

Le 12 septembre : On les enlève : 216 M. C. D.

Donc : Epithélioma du troisième degré; histologiquement très malin; guérison apparente pendant deux ans. Récidive rétro-maxillaire droite en février 1928; traitée par la radiumponcture.

En mars 1929 : Le malade mourait de son cancer.

OBSERVATION XVII.

L. C., 71 ans. Entre le 11 mars 1927.

Le malade s'exprime très péniblement; l'anamnèse ne peut être précisée. Du reste, l'état actuel des lésions est suffisamment édifiant. Le bord droit de la langue est rongé par un cancroïde gagnant en arrière la base et le pilier et infiltrant en bas largement le plancher, ganglions fixés bilatéraux qui contr'indiquent toute tentative chirurgicale.

D'ailleurs, l'état général eut suffi à imposer semblable discipline.

Le 17 mars 1927 : Radiumponcture de la langue, du pilier et du plancher droits par 6 aiguilles de 2 M. G. E. et 10 de 1.

Le 22 mars : On les enlève : 19, 8 M. C. D.

Le 28 mars : Collier portant 22 tubes de 5 M. G. E. irradiant les régions mastoïdienne, carotidienne et sub-linguale droite.

Le 3 avril : On les enlève.

Le 4 avril : Remise de l'autre côté avec 18 tubes.

Le 14 avril : Définitivement enlevé, au total : 234 M. C. D. L'avenir a confirmé le pronostic fatal qui fut porté.

OBSERVATION XVIII.

P. C., 43 ans. Entre le 20 avril 1927.

Cancer présentant plusieurs particularités intéressantes, et à propos desquelles il n'a pas fait mentir la doctrine classique.

Il évolue chez un individu jeune dont le Wasserman est faiblement positif; aussi le médecin institue-t-il le traitement anti-syphilitique, sans résultat, bien au contraire puisque ce néoplasme révélé depuis seulement cinq mois par des otalgies a envahi la langue, le plancher et le maxillaire inférieur, l'adénopathie sous-maxillaire et carotidienne fait corps avec cette tumeur.

A l'examen microscopique, on voit que ce cancer spino-cellulaire présente une abondante dégénérescence cornée, mais que néanmoins les globes épidermiques sont peu nombreux; le stroma est réduit et constitué de tissus jeunes. Donc, manifestation certaine d'une grande malignité.

Douleur; impossibilité d'alimentation; température constante. On n'opère pas.

Le 10 mai 1927 : Radiumponcture très difficile du fait du trimus.

Le 16 mai : On cesse : 20 M. G. E. et 21 M. C. D.

Le 18 mai : Irradiation extérieure par 24 tubes de 5 M. G. E. pour les régions mastoïdienne, sous-maxillaire, carotidienne gauche et sus-hyoïdienne.

Le 24 mai : On arrête : 124 M. C. D.

Du 25 au 30 mai : Irradiation à droite : 90 M. C. D.

Donc : Epithélioma spino-cellulaire qui, évoluant chez un sujet jeune et fouetté par un traitement anti-syphilitique a très tôt atteint le 4^e degré.

OBSERVATION XIX.

L. E., 57 ans. Entre le 3 août 1928.

Perception depuis quatre mois sur le bord lingual gauche d'une tumeur ayant les caractères d'une bille.

Nous sommes en présence d'un épithélioma infiltrant, mais encore relativement limité au bord lingual gauche. Grosse adénopathie sous-maxillaire. Nous rangerons ce cas parmi ceux du deuxième degré.

Le 5 août 1928 : Evidement ganglionnaire complet carotidien et sous-maxillaire gauche, après résection du sterno-cléïdo-mastoïdien et de la jugulaire interne.

Le 29 août : Radiumponcture par 8 aiguilles de 2 M. G. E. pendant 6 jours.

Le 8 septembre : Collier portant 16 tubes de 5 M. G. E. enlevé le 18 sept. 1928. Spécifions que ce cancer du deuxième degré était un baso-cellulaire. Guérison absolue.

Cependant le 13 novembre 1932, c'est-à-dire quatre ans après, le malade nous revient présentant cette fois une petite fissure du frein, un peu indurée; on pratique une biopsie qui sera en même temps une exérèse totale : baso-cellulaire. Pendant 6 jours, on laissera 2 aiguilles de 1 M. G. E.

Aucun incident n'étant survenu depuis nous estimons le malade guéri. Le deuxième épisode fut-il une récurrence ?.. Nous ne le pensons pas; mais la discussion reste ouverte et vaine.

OBSERVATION XX.

P. S. , 58 ans. Entre le 18 décembre 1928.

Depuis seulement un mois, le malade perçoit une induration sur le bord gauche de la langue, la déglutition est gênée, le malade consulte.

Actuellement, il existe sur le bord gauche de la langue en arrière du V une tumeur cancroïde de la dimension d'une noix, accompagnée de ganglions.

Le 24-12-1928 : Evidement carotidien et sous-maxillaire gauche.

Résultat des Biopsies :

Langue : Spino-cellulaire stroma à cellules conjonctives jeunes.

Ganglions : Endothélium poliféré; mais pas trace de néoplasie.

Le 4 janvier 1929 : Radiumponcture par 7 aiguilles de 2 M. G. E. et 1 de 1. Difficile à cause du siège.

Le 11 janvier : On les enlève : 19 M. C. D.

Le 18 janvier : Collier portant 5 tubes de 5 M. G. E.

Le 19 janvier : On l'enlève, on remplace les tubes par 30 de 4,35.

Le 31 janvier : Ablation définitive : 295,3 M. C. D.

Néoplasme du deuxième degré, dorso-lingual postérieur, ayant bénéficié entre autres de radiumponcture. Guérison parfaite.

OBSERVATION XXI.

L. C., 66 ans. Entré le 25 août 1929.

Epithélioma spino-cellulaire évoluant depuis environ dix mois. Actuellement, il se présente comme un dorso-lingual postérieur droit ulcéré et infiltrant largement la base de la langue; de plus, l'amygdale droite est très nettement envahie. Adénopathie volumineuse, mais unilatérale.

Le 27 août : Intervention sur les ganglions.

Incision habituelle de Morestin, mais prolongée un peu plus en arrière sur la mastoïde, l'adénopathie étant maxima à l'angle de la mâchoire.

Section du sterno-cléïdo-mastoïdien, de la jugulaire antérieure qui est volumineuse, l'interne étant englobée dans la masse néoplasique. Section du plexus cervical superficiel et du profond, de la jugulaire interne et du pneumogastrique, ce qui ne provoque aucun trouble. On enlève en bloc les ganglions et une partie de la parotide. Les rameaux buccaux du facial sont coupés, on enlève la glande sous-maxillaire après avoir sectionné le bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire.

Donc : Grosse intervention; très bien tolérée.

Le 16 septembre : Poncture buccale par 5 aiguilles de 2 M. G. E. qu'on enlèvera.

Le 26 septembre : 28 M. C. D.

Du 15 octobre au 26 : Irradiation extérieure par 20 tubes de 4,35 M. G. E. : 87.172 M. C. D.

En résumé : Cancer dorso-lingual postérieur propagé à l'amygdale et traité dans les meilleures conditions.

Il confirme le pronostic très généralement porté dans ce cas, puisqu'un an après il meurt.

OBSERVATION XXII.

54 ans. Entre le 6 octobre 1927.

Leucoplasie linguale étendue, persistant depuis plusieurs années. Depuis quelques mois, elle s'indure, se tuméfie puis saigne. Le sujet consulte un confrère qui établit un traitement d'épreuve. Enfin le malade nous parvient. Toute la face dorsale de la langue est rongée par le cancroïde; les bords et la face inférieure sont infiltrés. Volumineux ganglions bilatéraux.

Irradiations intérieures et extérieures qui resteront vaines. Le sujet mourra en janvier d'un cancer au quatrième degré, malheureusement vivifié par un traitement anti-syphilitique.

OBSERVATION XXIII.

L. M., 65 ans. Entre le 6 octobre 1927.

Epithélioma de l'hémi-langue gauche, du type cancroïde parvenu au troisième stade, répercussion ganglionnaire énorme et adhérente au bord inférieur du maxillaire derrière la branche montante duquel elle se prolonge.

Sur cette métastase, on fait 20 séances de radiothérapie pénétrante, sous l'influence de laquelle fond la masse. Puis évidemment ganglionnaire complet, suivi d'un collier de radium portant 15 tubes de 5 M. G. E. pendant 7 jours. Enfin curieponcture de toute la lésion initiale.

Le 2 février 1928 : Radiumdermite intense. Le malade est devenu un vieillard bien fragile.

A la fin de l'année, il meurt.

Donc : Traitement énergique que le sujet n'a pas pu supporter.

OBSERVATION XXIV.

L. G., 44 ans. Entre le 4 novembre 1929.

Remontant à deux mois, le début s'est manifesté par une ulcération d'apédienne antérieure droite. Actuellement vaste ulcération ayant détruit tout le plancher droit. Perception de ganglions sous-maxillaires. Signalons dès maintenant que la coupe d'un ganglion sous-maxillaire n'a pas révélé de néoplasme, alors que celle d'un ganglion sus-claviculaire indécétable cliniquement a montré un épithélioma spino-celulaire.

Le 13 décembre 1929 : Evidement carotidien et sous-maxillaire droit. Dans la loge sous-maxillaire on laisse jusqu'au 21 un tube de 5 M. G. E. = 8 M. C. D.

Du 24 janvier 1930 au 1^{er} février : Radiumponcture du plancher par 7 aiguilles 2 M. G. E. = 14,20 M. C. D. e, 192 heures.

Du 18 février au 1^{er} mars : Collier portant 18 tubes de 4,35 : 155 M. C. D.

Le 15 mai 1931 : Le malade mourait de ce néoplasme que nous avions cependant traité alors qu'il n'était qu'au 2^e degré.

OBSERVATION XXV

J. D., 55 ans. Entre le 14 octobre 1929.

« Néoplasme épithélial de type mixte. Cellules très polymorphes, ébauches de globes épidermiques, dégénérescences vacuolaires nombreuses. Stroma fin, très infiltré de cellules jeunes ». (D^r BODIN).

Il évolue depuis trois mois, et se présente aujourd'hui comme une vaste ulcération de la dimension d'une pièce de deux francs, anfractueuse siégeant sur le bord droit, infiltrant légèrement la langue, mais se propageant au plancher, ganglions sous-maxillaires et carotidiens.

Le 10 octobre : Exérèse conduite intégralement à la pointe diathermique et à la compresse, on découvre des ganglions tout le long de la chaîne jusqu'à la clavicule. La facilité de la dissection par cette méthode est remarquable, de même que la perfection de l'hémostase; on ne draine pas.

Le 15 novembre : Radiumponcture endo-buccale par 11 aiguilles de 2 M. G. E. 28, 20 M. C. D. en 190 heures.

Du 3 décembre au 11 : Collier portant 22 tubes de 5 M. G. E. : 192 M. C. D. en 200 heures.

Donc Epithélioma dorso-lingual antérieur du deuxième degré qui guérira parfaitement.

OBSERVATION XXVI.

A. R..., 59 ans. Entre le 23 octobre 1930.

On constate une vaste ulcération du bord gauche de la langue antérieure et postérieure au V, infiltrant le plancher, accompagnée d'une adénopathie volumineuse.

Ce néoplasme qui est spino-cellulaire évolue depuis environ 7 mois.

Le 25 octobre : Cellulo-adénectomie cervicale gauche, deux ganglions envoyés au Laboratoire se sont révélés néoplasiques.

Du 12 au 20 novembre : Radiumponcture par 12 aiguilles de 1 M. G. E. et 1 de 2-20 M. C. D. en 192 heures.

Du 2 au 12 décembre : Collier portant 24 tubes de 4,35 M. G. E.; 188 M. C. D. en 240 heures.

Epithélioma du 3° degré, traité de notre mieux, survie de 6 mois.

OBSERVATION XXVII.

A. M..., 64 ans. Entre le 18 août 1930.

Erosion dorso-linguale antérieure persistant depuis plus d'un an, rendant la déglutition de plus en plus difficile, le malade s'adresse d'abord à un dentiste qui après lui avoir accordé des soins rapides nous l'envoie.

Actuellement cancroïde dorsal antérieur, plutôt médian que latéral, long de 4 centimètres et large de 3; gros ganglions carotidiens gauches, rien à droite, mais nous appliquerons à ce cas du 2° degré notre technique habituelle : adénectomie unilatérale ici. Poncture et irradiation bilatérale par un appareil extérieur. L'évolution de ce Cancer ayant été assez lente, nous supposons sa malignité relative. En ce cas, nous avons obtenu une guérison parfaite.

OBSERVATION XXVIII.

H. J., 71 ans. Entre le 21 décembre 1930.

Otalgies gauches depuis quatre mois; ce sujet est victime à la fois de sa négligence et de l'ignorance de son médecin qui l'a soigné pour des névralgies; en vain évidemment aussi le client s'adresse-t-il à un autre confrère qui porte le diagnostic et nous l'envoie, il est trop tard. Etat général très bas; douleurs atroces et sans répit; envahissement to-

tal de l'organe avec propagation au voisinage dans tous les sens. Volumineuse adénopathie bilatérale et fixée. La malade meurt 15 jours après son arrivée.

OBSERVATION XXIX.

G. B..., 31 ans. Entre le 10 novembre 1930.

Notre jeune client portait depuis au moins sept mois une ulcération dorso-linguale antérieure gauche, parfaitement indolore, aussi ne s'en était-il jamais préoccupé. En octobre surviennent des otalgies gauches qui l'amèneront au médecin au début de novembre.

Actuellement : Enorme ulcération creusant tout le bord gauche de la langue; ganglions sous-maxillaires et carotidiens, très nombreux, volumineux, bilatéraux, empâtement sub-lingual.

Du 21 au 28 novembre : Radiumponcture par 6 aiguilles de 2 M. G. E. et de 5 de 1 : 31 M. C. D. en 168 heures.

Du 6 au 16 décembre : Collier détruisant 193 millicuries en 240 heures. L'adénopathie est trop avancée, l'exérèse chirurgicale eut été inutile, voire même imprudente.

Revu 1 an après : Langue et plancher parfaitement guéris. Récidive ganglionnaire rétro-angulo-maxillaire gauche, traitée par un appareil extérieur portant 28 tubes de 4,50 pendant 312 heures : 284 M. C. D.

Mort le 17 février 1932.

Donc épithélioma évoluant sur un organisme jeune. Estimé du 3^e degré à son arrivée. Exérèse chirurgicale impossible. Radiumthérapie insuffisante. Récidive insensible aux rayons; soit, nombreuses confirmations dans une même observation des données classiques et modernes.

OBSERVATION XXX.

R. J..., 67 ans. Entre le 25 octobre 1927.

Début remontant à 6 mois.

On constate aujourd'hui un cancroïde dorso-lingual pos-

térieur droit marginal ulcérant aussi le plancher sur une longueur de 4 centimètres.

Adénopathie droite considérable, sous-maxillaire et sous-mentonnière, dure et adhérente.

Opération contre-indiquée par l'état général et local. Radiumponcture buccale par 8 aiguilles de 2 et 5 de 1 détruisant 21 M. C. D. en 136 heures.

Le malade ne peut supporter le collier, aussi pique-t-on des aiguilles dans la masse ganglionnaire, 8 de 2 M. G. E. et 17 de 1 en dessous du maxillaire : 47 M. C. D. en 192 heures; puis 8 de 2 et 3 de 1 en arrière du maxillaire. Soit 24 M. C. D. en 168 heures.

Ce traitement radiologique intense a fini le 11 février 1928, le 4 mars, le malade mourait usé par l'âge et son mal; le traitement ne semble pas avoir été pernicieux.

OBSERVATION XXXI.

L. C..., 54 ans. Entre le 27 juin 1932.

Le début remonte à neuf mois, octobre 1931, par de l'irritation subjective et objective du bord de la langue.

En avril 1932, il consulte, mais se croyant inguérissable, il ne se traite pas, il revient sur cette stupide décision alors qu'il est trop tard, en effet tout le plancher et la face inférieure de la langue sont ulcérés, l'infiltration s'étend loin en arrière, la tumeur adhère au périoste, ganglions bilatéraux.

Le 11 juillet : Radiumponcture par 11 aiguilles de 2 M. G. E. et 4 de 1 qui tomberont successivement, définitivement enlevées le 18 : 27,09 M. C. D.

Du 30 juillet au 10 août : Appareil extérieur moulé, portant 28 tubes de 4,35, soit 241 M. C. D. en 264 heures.

Ce malade mourra de son cancer.

OBSERVATION XXXII.

B. P..., 38 ans. Entre le 30 mai 1932.

Ulcération du frein de la langue persistant depuis 5 mois, ayant actuellement gagné le plancher, apparaissant comme une tumeur du 2° degré. Absence d'adénopathie.

Sujet jeune, mais hépato-rénal; la phénol-sulfone-phtaleine est à 15, on ne pourra donc pas opérer.

Du 6 au 12 juin 1932 : Radiumponcture par 7 aiguilles de 1 M. G. E. et 1 de 2 enlevées le 12 ayant détruit 10 M. C. D. en 152 heures.

Du 15 au 26 juin : Collier bilatéral portant 12 tubes de 4,35 sur chaque région carotidienne et 6 pour la région sus-hyoïdienne, soit 258 M. C. D. en 264 heures par 130,5 M. G. E.

Ces fortes doses de radium déterminent 1 grosse nécrose du plancher. Mais aujourd'hui, si l'état général est toujours très précaire, pouvons-nous du moins affirmer la guérison du cancer.

OBSERVATION XXXIII.

A. H..., 54 ans. Entre le 21 mai 1931.

Depuis neuf mois, il existe sur le bord droit de la langue et en avant du V une ulcération manifestement occasionnée par une mauvaise dent. Plaie sans doute banale au début, mais néoplasique actuellement tant de l'avis de la Clinique que du Laboratoire : spino-cellulaire.

Exérèse ganglionnaire; radiumponcture locale, irradiation extérieure.

Le 22 janvier 1932 : Un ganglion grossit derrière la branche remontante; il subit une énergique radiumponcture, disparition.

Donc, cancer du 2° degré avec récidence ganglionnaire clinique traitée précocement; guérison depuis 4 ans, comptée à partir du deuxième épisode.

OBSERVATION XXXIV.

A. C..., 65 ans. Entre le 28 novembre 1931.

La maladie a commencé au début de l'année, les manifestations douloureuses tardant, le sujet ne s'inquiète évidemment pas. Il nous arrive enfin. Toute la partie latérale droite de la langue est ulcérée, le cancer se propage loin en arrière et infiltre le plancher; grosse adénopathie droite.

Intervention : Incision stellaire de MORESTIN. On découvre de gros ganglions à l'extrémité inférieure de la jugulaire qu'on résèque; en haut et dans la loge sous-maxillaire il en existe d'autres, moins volumineux.

Biopsie de la tumeur et du ganglion : néo-spino-cellulaire.

Du 11 au 19 janvier 1932 : Poncture par 4 aiguilles de 2 M. G. E. et 5 de 1 détruisant 18 M. C. en 192 heures.

Du 23 janvier au 6 février : Collier portant 20 tubes de 5 M. G. E. détruisant 252 M. C. en 336 heures.

Le 27 juillet : Plancher et langue vont bien. A l'angle de la mâchoire est une tuméfaction qui semble une récurrence.

Le 4 septembre 1932 : Mort.

OBSERVATION XXXV.

Y. B..., 46 ans. Entre le 27 janvier 1931.

Cancer infra-lingual gauche dépassant la ligne médiane persistant depuis 3 mois, accompagné de ganglions cervicaux gauches, mobiles.

Le 30 janvier : Large évidemment carotidien et sous-maxillaire gauche, on trouve des ganglions jusqu'en arrière de la clavicule. Examen du ganglion prélevé : « Epithélioma spino-cellulaire envahissant presque tout le tissu ganglionnaire. Cellules très polymorphes, globes épidermiques, karyokinèses fréquentes. Stroma très réduit.

Du 25 février au 3 mars : Poncture de la lésion primaire

par 6 aiguilles de M. G. E. et 5 de 1. Soit : 19 M. C. D. en 154 heures.

Du 20 au 30 mars : Radiumthérapie externe par 22 tubes de 4,35 : 190 M. C. D. en 264 heures.

Donc Epithélioma du 2° degré, dont l'histologie nous fait redouter une gravité particulière. Traitement en conséquence. Mort 11 mois après.

OBSERVATION XXXVI.

J. P..., 68 ans, entre le 20 décembre 1932.

Déglutition gênée depuis 2 mois.

Actuellement épithélioma exophytique marginal antérieur gauche, du deuxième degré.

Biopsie : « Cancer spino-cellulaire, globes épidermiques rares, trame conjonctive très enflammée ».

Le 28 décembre : Evidement sous-maxillaire carotidien gauche. Les ganglions examinés au microscope se sont révélés tuberculeux.

Du 25 au 31 janvier 1933 : Poncture par 3 aiguilles de 2 M. G. E. et 7 de 1 : 14 M. C. D. en 144 heures.

Du 8 au 20 février : Irradiation externe gauche par 21 tubes de 4,35 M. G. E. : 197 M. C. D. en 288 heures.

Le 30 septembre : Radiumdermite angulo maxillaire gauche, langue et cou vont bien.

Le malade est revu à plusieurs reprises; mort en 1935 d'affection cardio-rénale, et guéri de son cancer.

OBSERVATION XXXVII.

A. G. 61 ans, entre le 12 septembre 1932.

Le cancer se révèle en juillet par une sensation d'obstruction pharyngée; puis dysphonie; dysphagie.

Aujourd'hui nous constatons une infiltration massive de toute la partie antérieure de la langue : Epithélioma unique-

ment infiltrant; avec grosse adénopathie sous-maxillaire gauche. Rien à droite, la lésion primitive a cependant envahi les deux côtés de l'organe. Les ganglions gauches étant fixés entre eux en un seul bloc adhérent lui-même en profondeur, toute tentative chirurgicale serait plus nuisible qu'utile.

Du 19 au 28 septembre : Poncture de la lésion buccale par 8 aiguilles de 1. M. G. E. et 3 de 2, plusieurs tomberont. Au total il sera détruit : 20,52 M. C. D.

Du 4 au 15 octobre : Collier portant 26 tubes de 4,35 M. G. E. irradiant les deux régions carotidiennes et sous-Maxillaires; soit 224 M. C. D. en 264 heures.

Ce cancer d'un pronostic sombre du fait de son degré d'évolution et de sa variété clinique, forme infiltrante, est resté insensible aux radiations.

OBSERVATION XXXVIII.

E. M., 46 ans; entre le 15 septembre 1932.

Début déjà relevé plusieurs fois par une sensation de tuméfaction linguo-pharyngée « gonflement de la gorge » disent les malades; nous rapportons cette expression ni anatomique, ni physiologique, mais très évocatrice. Ceci depuis 5 mois; puis la mastication est pénible, à partir d'août, l'alimentation carnée n'est plus déglutie. Aujourd'hui nous sommes en présence d'un cancroïde ayant rongé tout le plancher et la face inférieure et déterminé une volumineuse adénopathie bilatérale; qu'on estime incurable par la chirurgie.

Du 17 au 29 septembre : Poncture par 8 aiguilles de 2 M. G. E. soit : 23 M. C. D. en 192 heures.

Du 11 au 21 octobre : Collier portant 26 tubes de 4,35 pour les chaînes carotidiennes droites et gauches et la région sus-hyoïdienne : 203 M. C. D.

Ultérieurement : Radiumnécrose du plancher; maxillaire pas intéressé; revu le 4 avril 1936, le malade va bien; aucune récurrence; radiumnécrose guérie.

OBSERVATION XXXIX.

C. P..., 60 ans; entre le 22 juin 1933.

Le début remontant à trois mois est marqué par la perception d'une tumeur au niveau du bord gauche, dont la croissance progressive finira par interdire toute alimentation; alors seulement le sujet s'inquiète.

Biopsie : « Epithélioma spino-cellulaire, à globes épidermiques rares et karyokinèses nombreuses; stroma réduit de cellules jeunes ».

Macroscopiquement il s'agit d'une forme infiltrante dorso-linguale antérieure gauche ayant gagné en bas le plancher, en arrière la base, latéralement l'autre côté si bien que tout l'organe est intéressé. Les ganglions prédominent à gauche où carotidiens et sous-maxillaires confluent et adhèrent en profondeur. A droite adénopathie moniliforme encore mobile; mais plus que suspecte. Cette fois-ci encore, l'exérèse ganglionnaire est imprudente : on l'omet; se contentant de radiumponcture : 8 aiguilles de 2 M. G. E. et 5 de 1 détruisant 22 M. C. en 144 heures, et d'irradiation extérieure bilatérale et sus-hyoïdienne par 30 tubes de 5 M. G. E. détruisant 243 M. C. en 216 heures.

Cancer du 4° degré dont l'évolution sera inéluctable.

OBSERVATION XL.

E. L..., 51 ans; entre le 18 avril 1933.

Marin, grand fumeur, gingivite depuis 2 mois, masquant un néoplasme du plancher.

Aujourd'hui plancher infiltré dans son tiers antérieur, surtout à gauche. Extension au frein et à la face inférieure; squelette pas attaqué, par contre adénopathie bilatérale, adhérente. Tout indique que les lésions sont beaucoup plus anciennes que ne le prétend le malade. Nous laisserons cependant ce cas dans la troisième catégorie des épithéliomas infra-lingaux.

L'adénectomie étant contre-indiquée on pratique d'emblée la poncture par 11 aiguilles de 2 M. G. E. pendant 168 heures; soit : 24 M. C. D. Dix jours après, apposition d'un appareil extérieur portant 12 tubes de 4,35 M. G. E. à droite et autant à gauche. Il restera en place 240 heures, et 188 millicuries seront détruites, trois semaines après la fin du traitement; le malade meurt.

OBSERVATION XLI.

P. H..., 60 ans; entre le 28 février 1933.

Déglutition gênée depuis seulement cinq semaines. Il s'agit d'une femme, il est infiniment probable que le sexe féminin s'analyse davantage que le sexe masculin. En tout cas notre cliente s'est très tôt inquiétée. Malheureusement la lésion est déjà entrée dans la deuxième période; le bord gauche de la langue est ulcéré sur plus de vingt millimètres, et surtout les ganglions prélevés sont néoplasiques. Il s'agit d'un spino-cellulaire.

8 mars : Cellulo adénectomie cervicale gauche.

Du 27 au 2 avril : Poncture linguale par 7 aiguilles de 2 M. G. E. soit : 15 M. C. D. en 144 heures.

Du 12 au 23 : Collier pour la région carotidienne et sous-maxillaire portant 20 tubes de 5 M. G. E. Soit : 180 M. C. D. en 240 heures.

Depuis trois ans : guérison absolue.

OBSERVATION XLII.

J. R..., 58 ans; entre le 16 février 1933.

Vaste épithélioma infiltrant et creusant, prenant tout le plancher et toute la face interne du maxillaire, ganglions bilatéraux.

Biopsie : Spino-cellulaire à karyokinèses fréquentes, globes épidermiques évidents.

L'adénopathie marquée bilatérale contrindique l'exérèse chirurgicale. On pratique la poncture de la lésion buccale 21 M. C. D. en 168 heures.

Puis collier portant 26 tubes de 4,35 pour les deux côtés 183 M. C. D. en 216 heures.

Ostéo-Radio-Nécrose prolongée.

Pourquoi cet épithélioma du quatrième degré a-t-il guéri ?

OBSERVATION XLIII.

J. B..., 56 ans; entre le 16 juillet 1933.

Ce cancer est déjà vieux de sept mois. Il était primitivement marginal antérieur droit; par une évolution excentrique rapide il a gagné la région dorsale postérieure, la face inférieure et le plancher, enfin le côté gauche est en partie induré. L'examen d'un fragment de tumeur et d'un ganglion montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire, avec globes épidermiques très nets.

Le 17 juillet, on pratique l'évidement carotidien et sous-maxillaire droit.

Du 6 au 12 août : Poncture buccale par 3 aiguilles de 2 M. G. E. et 3 de 1 : 9. M. C. D. en 144 heures.

Du 22 au 31 : Radiumthérapie extérieure par 28 tubes de 4,35, soit : 87 M. C. D. en 240 heures.

8 mai 1924 : Récidive ganglionnaire qu'on irradie par 19 tubes de 4,35 mais en vain; un mois après le malade meurt.

Donc Cancer du 3° degré traité et mort.

OBSERVATION XLIV.

E. D. 50 ans; entre le 3 février 1932.

Dans les premières semaines de 1931, surviennent de violentes odontalgies, le malade fait extraire l'une après l'autre toutes ses dents, les douleurs cessent alors. Elles

reviennent aiguës, sous la langue en janvier 1932, puis le malade perçoit à ce niveau une petite plaie, le 3 février il entre au centre.

Il s'agit d'un épithélioma prenant la moitié antérieure gauche du plancher, du type cancroïde ayant déjà déterminé une adénopathie sous-maxillaire et sous-mentale.

Le 5 février : Cellulo-adénectomie cervicale gauche, trois ganglions sont envoyés au laboratoire; un seul, du groupe sous-maxillaire est cancéreux.

Aussi bien classerons-nous ce cancer dans le 2° degré.

Ensuite 13 millicuries seront détruites en poncture linguale. Le traitement se termine par une irradiation extérieure unilatérale gauche et sus-hyoïdienne.

Soit : 162 M. C. D. en 240 heures.

Epithélioma pris à temps. Traité. Guéri.

OBSERVATION XLV.

H. D. 50 ans; entre le 14 septembre 1933.

Le malade souffre de la base de la langue depuis six mois. Il consulte une première fois et refuse le traitement; ultérieurement il reviendra sur sa décision.

Aujourd'hui nous constatons un épithélioma infiltrant dorso-lingual postérieur gauche qui ne semble pas avoir dépassé le deuxième stade. Adénopathie cervicale gauche mobile.

Examen de la pièce biopsique : « Epithélioma épidermique intermédiaire; légère tendance au Spino-cellulaire. »

Le 18 septembre : Evidement ganglionnaire cervical gauche.

Du 21 au 29 octobre : Curieponcture de la lésion initiale par 3 aiguilles de 2 M. G. E. et 1 de : 10 M. C. D.

Du 5 au 14 Novembre : Moule externe gauche portant 22 tubes de 4,35 M. G. E. : 156.66 M. C. D.

Guérison persistant depuis.

OBSERVATION XLVI.

L. S. 54 ans; entre le 6 mars 1935.

La publication de cette observation avant le recul habituel, ne doit pas étonner : l'épreuve du temps est déjà faite.

Il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire du troisième degré ayant envahi tout le plancher.

Le 27 mars 1935 : Traitement par Electro-Coagulation.

« Anesthésie générale à l'Evipan; on gaine de caoutchouc l'ouvre-bouche. Les lésions sont surtout dans le sillon gingivo-labial droit, envahissant le maxillaire, puis elles gagnent la ligne médiane, le frein, le côté gauche. Diathermo-coagulation énergique sur tout le côté droit jusqu'à ce qu'on ne sente plus de tissu induré. Même chose au frein et à gauche ».

Du 7 mars au 15 : On avait fait une irradiation extérieure avec un Collier portant 36 tubes de 4,35 : 22, 77, 76 M. C. D.

22 juillet : La diathermo-coagulation semble n'avoir donné aucun résultat; de très nombreux bourgeons ont repoussé et tout le plancher est infiltré.

On fait de la curie-poncture locale par 10 aiguilles de 1 M. G. E. et 2 de 2 pendant 6 jours : 15,27 M. C. D.

Donc : Cancer dont on ne peut encore juger l'évolution; mais à propos duquel on constate un échec éclatant de la diathermo-coagulation.

OBSERVATION XLVII.

G. L. 53 ans; entre le 9 mai 1935.

Néoplasme épidermique à tendance spino-cellulaire, douloureux depuis seulement trois semaines, occupant tout le plancher buccal, adhérent au maxillaire, ayant déterminé une adénopathie-bilatérale.

Le 15 mai 1935 : Electro-coagulation appliquée.

Le 11 juin 1935 : Radiumthérapie par appareil extérieur

portant 29 tubes de 4,35 M. G. E. en 9 jours : 205.605 M. C. D.

Le 28 décembre 1935 : mort.

Cancer il est vrai du 4^e degré. Electro-coagulation et curiethérapie des ganglions. Mort six mois après.

OBSERVATION XLVIII.

P. P..., 54 ans; entre le 3 juillet 1932.

Epithélioma du deuxième degré, marginal postérieur gauche, ne s'étendant pas très loin en arrière, évoluant depuis trois mois. Adénopathie homolatérale mobile.

Le 5 juillet : Incision stellaire de MORESTIN. On aborde le sterno-cléido-mastoïdien qu'on sectionne à sa base. On lie la jugulaire interne au-dessus de la clavicule. On dissèque le paquet vasculo nerveux loin en arrière jusqu'à la mastoïde et en avant jusqu'à la fosse sub-linguale. On lie en haut la carotide externe. On a trouvé quelques rares ganglions. Sous la glande sous-maxillaire est une énorme masse qui se prolonge vers la bouche refoulant le larynx, et débordant en arrière la branche montante du maxillaire. On résèque une partie de la parotide, sectionne le digastrique et on lie en haut la jugulaire interne.

Ce premier temps sera suivi des deux autres : Curiethérapie locale et par appareil extérieur. Guérison.

Nous arrêterons ici la publication d'observations dont l'exposé devient fastidieux. Nous en avons ainsi 151, dont nous allons maintenant édifier la synthèse.

NOTRE STATISTIQUE

Résultat global : 151 cancers traités; 44 guéris, soit 29.13 %.

Parmi les 107 échecs nous avons rangé :

- les morts en dépit du traitement;
- les morts dont le traitement était resté partiel, de par la volonté du malade : ce cas s'est réalisé 12 fois, soit 7,94 %;
- les sujets que nous n'avons pu suivre pendant un minimum de trois ans.

Détaillons notre statistique, d'abord par année et formes cliniques :

1924 : 1°) Dorso-linguaux antérieurs : néant.

2°) Dorso-linguaux postérieurs : 2.

D 1 : 0.

D 2 : 1. guéri : 1; mort : 1.

D 3 : 0.

D 4 : 1. guéri : 0; mort : 1.

3°) Infra-linguaux et plancher : 5.

D 1 : 0.

D 2 : 2. guéri : 1; mort : 1 (d'un cancer œsophagien).

D 3 : 2, guéri : 0; mort : 2.

D 4 : 1, guéri : 0; mort : 1.

1925 : 1°) Dorsaux-linguaux antérieurs : 1.

D 1 : 1, guéri : 1; mort : 0.

2°) Dorsaux-linguaux postérieurs : 2.

D 1 : 0.

D 2 : 0.

D 3 : 0.

D 4 : 2, guéri : 1; mort : 1, traitement partiel.

3°) Infra-linguaux : 11.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéris : 2; mort : 0.

D 3 : 5, guéris : 3; morts : 2.

D 4 : 4, guéri : 0; morts : 4 (dont deux traitements partiels).

1926 : 1°) Dorso-linguaux antérieurs : 3.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéri : 0; morts : 2.

D 3 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 4 : 0.

2°) Dorso-linguaux postérieurs : 3.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéri : 0; morts : 2.

D 3 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 4 : 0.

3°) Infra-linguaux : 7.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéri : 1; mort : 1, traitement refusé.

D 3 : 4, guéri : 1; morts : 3.

D 4 : 1, guéri : 0; mort : 1.

1927 : 1°) Dorso-lingaux antérieurs : 9 cas.

D 1 : 1, guéri : 1; mort : 0.

D 2 : 2, guéri : 1; mort : 1.

D 3 : 2, guéri : 1; mort : 1.

D 4 : 4, guéri : 0; morts : 4.

2°) Dorso-lingaux postérieurs : 5.

D 1 : 0.

D 2 : 3, guéri : 1; morts : 2.

D 3 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 4 : 1, guéri : 0; mort : 1.

3°) Infra-lingaux : 4.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéri : 1; mort : 1.

D 3 : 1, guéri : 1; mort : 0.

D 4 : 1, guéri : 1; mort : 1.

1928 : 1°) Dorso-lingaux antérieurs : 5.

D 1 : 0.

D 2 : 1, guéri : 1; mort : 0.

D 3 : 3, guéri : 1; morts : 2.

D 4 : 1, guéri : 0; mort : 1.

2°) Dorso-lingaux postérieurs : 5.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéri : 1; mort : 1, traitement partiel.

D 3 : 3, guéri : 1; morts : 2, dont un traitement partiel.

3°) Infra-lingaux : 4.

D 2 : 2, guéri : 1; mort : 1, traitement partiel.

D 3 : 1, guéri : 1; mort : 0.

D 4 : 1, guéri : 0; mort : 1.

1929 : 1°) Dorso-linguaux antérieurs : 5.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéri : 1; mort : 1.

D 3 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 4 : 2, guéri : 0; morts : 2.

2°) Dorso-linguaux postérieurs : 5.

D 1 : 0.

D 2 : 1, guéri : 1; mort : 0.

D 3 : 4, guéri : 0; mort : 4 (dont un traitement partiel).

D 4 : 0.

3°) Infra-linguaux : 4.

D 1 : 0.

D 2 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 3 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 4 : 2, guéri : 0; morts : 2.

1930 : 1°) Dorso-linguaux antérieurs : 6.

D 1 : 0.

D 2 : 1, guéri : 1; mort : 0.

D 3 : 3, guéri : 0; morts : 3.

D 4 : 2, guéri : 0; morts : 2 (dont 1 traitement partiel).

2°) Dorso-linguaux postérieurs : 4.

D 1 : 0.

D 2 : 0.

D 3 : 4, guéri : 2, mort : 2.

D 4 : 1, guéri : 0; mort : 1.

3°) Infra-linguaux : 7.

D 1 : 0.

D 2 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 3 : 4, guéri : 1; morts : 3.

D 4 : 2, guéri : 0; morts : 2.

1931 : 1°) Dorso-linguaux antérieurs : 5.

D 1 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 2 : 1, guéri : 1; mort : 0.

D 3 : 2, guéri : 0; morts : 2.

D 4 : 1, guéri : 0; mort : 1.

2°) Dorso-linguaux postérieurs : 4.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéri : 0; morts : 2 (dont un traitement partiel).

D 3 : 0.

3°) Infra-linguaux : 7.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéri : 1; mort : 1.

D 3 : 3, guéri : 1; morts : 2.

D 4 : 2, guéri : 0; morts : 2.

1932 : 1°) Dorso-linguaux antérieurs : 6.

D 1 : 0.

D 2 : 4, guéris : 3; mort : 1.

D 3 : 2, guéri : 0; morts : 2.

2°) Dorso-linguaux postérieurs : 5.

D 1 : 0.

D 2 : 3, guéris : 2; mort : 1.

D 3 : 2, guéri : 0; mort : 2.

D 3 : 2, guéri : 0; mort : 1.

D 4 : 0.

3°) Infra-linguaux : 6.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéris : 2; mort : 0.

D 3 : 2, guéri : 1; mort : 1.

D 4 : 2, guéri : 0; morts : 2.

1933 : 1°) Dorso-linguaux antérieurs : 7.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéri : 1; mort : 1.

D 3 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 4 : 4, guéri : 0; morts : 4.

2°) Dorso-linguaux postérieurs : 5.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéris : 2; mort : 0.

D 3 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 4 : 2, guéri : 0; morts : 2.

3°) Infra-linguaux : 8.

D 1 : 0.

D 2 : 2, guéri : 1; mort : 1.

D 3 : 1, guéri : 0; mort : 1.

D 4 : 5, guéri : 1; mort : 4.

Etablissons maintenant la fréquence des différents degrés évolutifs et le pourcentage de leur guérison :
premier degré : 3 cas, soit 1.98 %; guérison : 66,66 %.
deuxième degré : 49 cas, soit 32,45 %; guérison : 57,14 %.

troisième degré : 57 cas, soit 37.74 %; guérison : 24,56 %.

quatrième degré : 42 cas, soit 27.81 %; guérison : 4,76 %.

Cherchons enfin en quelle région de la langue, la tumeur pousse le plus souvent :

a) région linguo-dorsale antérieure : 47 fois, soit 31.12 % des cas;

b) région linguo-dorsale postérieure : 41 fois, soit 27,15 % des cas.

c) région infra-linguale et du plancher : 63 fois, soit 41,72 % des cas.

Disons accessoirement quelle région nous a donné le plus de succès :

L'importance du pourcentage trouvé sera très relative, la guérison du néoplasme lingual étant à notre avis davantage fonction de l'évolution que de la localisation.

Cancers dorsaux antérieurs : 25,53 % de guérison;

Cancers dorsaux postérieurs : 29,26 % de guérison;

Cancers infra-linguaux : 31,74 % de guérison.

Ces derniers seraient donc les plus favorables, mais lorsqu'on examine l'ensemble des cancers arrivés au deuxième stade de leur évolution, on trouve :

15 cancers dorsaux antérieurs,

14 cancers dorsaux postérieurs,

18 infra-linguaux.

La moindre malignité des épithéliomas infra-linguaux doit donc s'expliquer avant tout par la précocité du traitement et, en définitive, des symptômes.

De cette mathématique, tirons dès maintenant quelques conclusions faciles, d'intérêt secondaire, mais nécessaires tout de même. Disons d'abord qu'avec l'ensemble des auteurs, nous n'affirmons la guérison qu'après trois ans. Les professeurs REGAUD et BERVEN en exigent cinq; leur scrupule, à notre sens, les rend trop sévères envers eux-mêmes. Nous n'avons jamais observé de récurrence après trois ans. Un cancer qui doit repousser, le fait pensons-nous, très tôt. Par contre, cet excès de précautions nuit à la statistique. Il est

déjà très difficile d'astreindre les malades à venir nous voir ou à nous écrire pendant trois ans, et au delà le nombre des disparus ipso facto classés parmi les morts serait tellement imposant que les résultats se verraient faussés dans une proportion trop sensible. D'autre part, l'âge moyen de nos sujets est cinquante-cinq ans : ce sont pour ainsi dire toujours des hommes (3 femmes sur 151 cas) dont la vitalité est moindre : de plus, pour des raisons que nous n'avons pas à développer ici, la longévité est bien rare en Bretagne, où trop souvent un quinquagénaire est un vieillard. Vouloir compter comme insuccès tous ceux qui doivent mourir de sénilité dans les cinq ans suivant le traitement est injustement attribuer à celui-ci des échecs qui ne lui incombent pas.

Un fait surprendra : la rareté des cas jugés du premier degré. Il semblerait que pour augmenter le mérite du thérapeute, nous ayons exagéré la gravité de nos cancers; toute explication sur ce point apparaîtrait comme un désir de disculpation, nous n'insisterons donc pas. Néanmoins dans toute classification, le facteur personnel de l'observateur jouant un grand rôle, nous avons probablement rangé dans tel cadre des variétés que d'autres auraient mis ailleurs. Ainsi 37,74 % de nos observations sont estimés du troisième degré, et 27,81 seulement du quatrième : notre centre étant littéralement le refuge de tous les cas désespérés de la province, nous pouvons affirmer avoir été, dans cette dernière appréciation très sévères.

Nous allons maintenant décrire notre technique.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Lésion primitive et retentissement ganglionnaire ont bénéficié de la méthode magistralement établie par M. REGAUD et admise très généralement jusqu'à ces dernières années. Les modifications apportées ont pu être importantes, mais jamais au point d'en saper les principes mêmes. D'autres procédés ont été proposés, certains semblent s'imposer aujourd'hui; nous en tiendrons compte.

Nous avons donc autant que possible, traité nos cancers en trois temps et dans l'ordre suivant :

Cellulo-adénectomie cervicale,

Curie-poncture de la lésion primitive,

Radiumthérapie de la région ganglionnaire par appareil extérieur.

Mais avant de parler de l'adénopathie, nous allons nous entretenir du cancer lui-même.

I. TRAITEMENT DE LA TUMEUR INITIALE.

Nous avons déjà attiré l'attention sur la rareté des lésions primitives prises à leur début. Ceci explique certainement l'absence totale d'exemple d'exérèse de la part de notre Maître, qui cependant avant tout chirurgien, professe que seuls relèvent de la chirur-

gie les ratés du radium et les petites lésions commençantes dont la biopsie serait aussi l'extirpation totale. On a eu recours le plus souvent à la curieponcture péri et intratumorale à l'aide d'aiguilles chargées d'un ou deux milligrammes de radium — élément dont l'émanation est filtrée par 0,5 millimètre de platine. La dose recherchée est de 0,5 à 1 millucurie détruite par centimètre cube de tissu traité. L'irradiation est évidemment continue et prolongée huit jours environ : selon le principe : rayonnement assez faible, exposition assez longue.

Contrairement à beaucoup d'auteurs nous avons appliqué cette acu poncture pour ainsi dire systématiquement à tous nos cancers; en particulier aux infra-linguaux qui du fait d'une sensibilité spéciale aux radiations pourraient bénéficier des rayons X et aux dorso-postérieurs en dépit de la difficulté et prétendue imparfaite mise en place des aiguilles.

Les tubes nus de Janevay et ceux filtrés par 0,2 millimètres d'or de Quick n'ont jamais été essayés ici, et nous nous en félicitons.

Par contre nous n'avons pas non plus l'expérience de procédés à juste titre vantés. D'une part, la pratique imaginée par M. Proust des tubes courts chargés de 2 MgE filtrés par 1 mm. de Pt. enchassés en couronne autour de la tumeur au trocart de Nabias. La filtration double de celle des aiguilles mettrait très efficacement à l'abri des radium-dermites et des hémorragies. Il est certain que nous avons très souvent déterminé de la dermite. Quant aux hémorragies,

leur gravité et leur fréquence n'ont jamais été telles que nous en ayons été alarmés. Par contre, on a reproché à la méthode de M. PROUST, en traumatisant la tumeur, de provoquer des embolies néoplasiques, reproches en partie injustifiés, l'auteur recommandant de piquer le plus possible en tissu sain.

Nous n'avons jamais non plus traité nos épithéliomas infra-linguaux par l'appareil moulé intra-buccal préconisé à partir de 1928, par MM. ROUX-BERGER et MONOD et admis par M. ETIENNE-MARTIN, en 1931, dans sa thèse de Lyon « traitement actuel du cancer de la langue ». Cette localisation étant très sensible aux rayons, peut être dispensée de la poncture, qui de plus détermine parfois des phlegmons du plancher. Ces auteurs, du reste, reviennent à la technique habituelle chaque fois que la région est très infiltrée. Dans notre statistique, nous n'avons jamais relevé un cas de phlegmon cervical dû à la curie poncture. Il est vrai que pour parer à cette éventualité, nous nous servons pour introduire l'aiguille du courant de haute fréquence, qui permet d'isoler le puits et de rendre aussi l'opération plus aisée.

La radiothérapie pénétrante ne nous a jamais inspiré confiance. Avouons y avoir rarement recouru; car notre impression est que les cancers dorso-postérieurs sont plus accessibles qu'on le dit souvent à l'acuponcture. En tout cas, notre pourcentage de succès n'a pas été meilleur avec les rayons X qu'avec le Radium. L'avis de MM. PROUST, JEANNENEY, MATHÉY-CORNAT, GELLY, ROUX-BERGER, MONOD, ETIENNE-MARTIN, sera aussi le nôtre.

Enfin, après quelques essais malheureux de diathermo-coagulation, nous avons renoncé jusqu'à nous ordonner à cette méthode dont les partisans sont cependant de plus en plus nombreux et chaleureux.

Nous reviendrons plus loin sur cette question.

II. TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ADÉNOPATHIE.

Indifférent aux débats sur l'opportunité de ce temps, M. MARQUIS a toujours professé la nécessité de l'exérèse ganglionnaire. A cette loi une seule exception, mais d'importance : ne jamais s'attaquer à une adénopathie fixée au squelette, l'intervention étant alors toujours inutile et souvent dangereuse. De toutes parts essaimé par le traumatisme opératoire, le néoplasme repousse de plus belle. Notre Maître a souvent réalisé des adénectomies bilatérales, mais jamais en un seul temps, le procédé de POIRIER est du reste depuis longtemps condamné et oublié.

Générale d'abord, à l'éther, parfois à l'évipan, l'anesthésie est maintenant loco-régionale. En 1932, MM. JENNENEY et SÉBILEAU, préconisaient encore l'A. G. le premier pour éviter le risque d'ouverture des territoires lymphatiques infestés, le second se souciant surtout de faire bénéficier le patient de l'inconscience de la narcose. Spécifions, du reste, que nous préférons l'anesthésie locale en partie parce que l'hémorragie est moindre, nous pensons que la générale est sans danger, même chez les gens âgés, sous réserve d'opérer vite, l'intervention ne doit jamais durer une heure.

Selon l'expression du professeur DUCUING, dans sa remarquable communication au « Journal de Chirurgie de juin 1935 », l'opération consiste en une « celulo-adénectomie passant largement en tissu sain, effectuée d'une manière centripète et réalisée en un seul bloc ». Notre maître la mène pour ainsi dire intégralement au bistouri électrique, sauf au voisinage immédiat des troncs vasculaires.

Dans nos premières observations, nous avons remarqué le souci de conserver la jugulaire interne. Plus tard, les travaux de MM. P. DUVAL, ROUX-BERGER, TAILHEFER, DUCUING, ont certainement converti tous les chirurgiens à la nécessité d'une exérèse plus large. Les récidives les plus fréquentes siégeant derrière le ventre postérieur du digastrique, il faut aller jusque là chercher les ganglions. Pour ce faire, après avoir pratiqué l'incision stellaire de Morestin, disséqué les lambeaux cutanés, évidé le creux sus-claviculaire, on dissèque la région sous-hyoïdienne, et la région carotidienne inférieure, avec section du muscle sterno-cléido-mastoïdien au ras de la clavicule et du sternum et ligature de la veine jugulaire interne, qui n'est respectée que si l'opération doit être bilatérale. On attaque alors les régions sous-maxillaire, et bicarotidienne. L'évidement de l'étage supérieur de la région carotidienne se réalise par la désinsertion du sterno-cléido mastoïdien sur l'apophyse mastoïde, du digastrique dans la rainure et du stylo-hyoïdien sur l'apophyse styloïde, on termine par la section du nerf spinal et la ligature dernière de la jugulaire.

On retrouve dans cette brève description les différents temps de la méthode proposée en 1935, par M. DUCUING et admise par le professeur MARQUIS dont en effet la ligne de conduite a toujours été très voisine de celle du maître toulousain.

Mais ce chapitre serait trop incomplet si nous passions sous silence la technique la plus élégante et logique qui soit : l'opération totale d'arrière en avant, imaginée par le professeur Pierre DUVAL et Henri REDON. Les auteurs estiment que la ligature haute de la jugulaire même après section du digastrique est pénible; d'autre part, il est bien certain qu'une dissection menée d'abord de bas en haut, puis d'avant en arrière à propos du curage sous-maxillaire, devient très difficile au point de jonction des deux temps. Il est donc légitime de progresser d'arrière en avant. Dans cette méthode, on commence par dégager le bord antérieur du trapèze de la mastoïde à la clavicule, puis après section du spinal et de l'omo-hyoïdien, on arrive d'emblée sur le plan des scalènes. On sectionne alors le sterno-cléido mastoïdien, en bas, les jugulaires externe et interne, et sitôt après, ce même muscle est réséqué en haut. Un aide le tire en avant; un écarteur récline le pôle inférieur de la parotide et expose le digastrique qu'on sectionne avec le stylo-hyoïdien. La jugulaire interne apparaît alors très superficielle et facilement liable en plein espace sous-parotidien postérieur. Le reste de l'intervention est mené en quelques minutes.

Telle est la technique adoptée à l'institut du Cancer.

III. CURIÉTHÉRAPIE DES RÉGIONS GANGLIONNAIRES.

Troisième et dernier temps : obligatoire.

Nous réalisons l'irradiation extérieure par des moulages cervicaux de pâte columbia, épais de trois centimètres, portant des tubes de 4, 35 ou 5 milligrammes de radium élément dont la disposition à la surface externe de l'appareil, uni ou bilatérale est fonction des cas traités.

Les sujets gardent leur collier au moins dix jours. Il est ainsi détruit une moyenne de 200 millicuries.

COMPARONS :

En ce chapitre nous citerons d'abord les résultats d'auteurs dont la méthode nous semble s'apparenter à la nôtre. Quot capita tot sensus, aussi bien notre comparaison ne s'établira-t-elle pas toujours entre des techniques rigoureusement identiques : les risques d'inexactitude étant proportionnels à la prolixité, nous serons laconiques.

M. DUBOIS ROQUEBERT, en 1924, empruntant la méthode REGAUD, obtient 40 % de guérisons. Il reste sceptique sur la valeur de la cure chirurgicale ». Le traitement sanglant des adénopathies « cancéreuses » semble être au-dessus des ressources de la chirurgie. Il est probable que si les chirurgiens s'astreignaient à pratiquer l'examen histologique systématique des ganglions qu'ils résèquent, ils se rendraient compte que la récurrence se produit presque toujours quelle que soit la technique employée, lorsque les ganglions sont le siège d'une métastase ».

M. FITZWILLIAMS en 1927, publie 25 à 30 % de succès grâce à une technique qui est très généralement la nôtre. Néanmoins remarquons que l'auteur emploie aussi l'endothermie.

MM. JEANNENEY et MATHEY-CORNAT, en 1928, donnent la statistique du centre anticancéreux de Bordeaux, rallié depuis 1922 aux idées de l'Institut Curie.

Cancers infra-linguaux : 17,54 % de guérisons après trois ans.

Cancers de la portion mobile : 4,90 % de guérison.

Cancers de la base : 3,33 %.

Pourcentage global : 7 à 8 %; élevé à 20-25 % lorsque l'exérèse ganglionnaire entre en jeu.

Cancers pris au début : 40 % de guérison.

Remarquons qu'à l'exemple de ces auteurs, nous estimons les épithéliomas intra-linguaux les meilleurs.

M. REGAUD en 1925, établit sa statistique de 1920 à 1923. 174 cas : 24,10 % guéris.

Dorso-linguaux antérieurs : 30,1 %.

Dorso-linguaux postérieurs : 20 %.

Infra-linguaux : 17,4 %.

MM. ROUX-BERGER et MONOD, en 1928, publient la statistique détaillée des années 1920 à 1925.

Guérison globale : 26,8 %.

Dorso-linguaux antérieurs : 31,1 %.

Dorso-linguaux postérieurs : 19,4 %.

Infra-linguaux : 25 %.

Relevons quelques observations importantes concernant la technique.

Cancers dorso-linguaux : 7 traités par R. X., 0 guéri.

Cancers dorso-linguaux antérieurs : 143 traités par Curieponcture : 47 guéris.

Cancers dorso-linguaux postérieurs : 10 traités par R. X., 0 guéri.

Cancers dorso-linguaux postérieurs : 52 traités par Curieponcture : 14 guéris.

Cancers infra-linguaux : 7 traités par R. X. : 2 guéris.

6 traités par radiumponcture et collier : 1 guéri.

9 traités par appareil moulé sur le plancher buccal : 4 guéris.

42 traités par radiumponcture seule : 9 guéris.

Les rayons X peuvent donc être employés pour les infra-linguaux et dans ce cas seulement. Mais ces cancers bénéficient surtout de l'appareil moulé intra-buccal, la curieponcture qui expose aux phlegmons n'est de mise que pour les tumeurs très infiltrées. L'appareil de radiumthérapie extérieure initialement distant de 3 cm. des lésions s'est progressivement éloigné de 6 et 8 centimètres. Relevons enfin cette réflexion que nous approuvons : « En général quand il y a récédive, il est bien rare dans ce néoplasme qu'elle ne se manifeste pas dès la première année ».

En 1932, M. ROUX-BERGER communique la statistique de la Fondation Curie.

C. Dorso-linguaux antérieurs : D. I. : 44 %; D. II : 22 %; D. III : 10 %; D. IV : 5 %.

C. Dorso-linguaux postérieurs : D. I : 50 %; D. II : 20 %; D. III : 14 %; D. IV : 0 %.

C. Infra-linguaux : D. I : 50 %; D. II : 38 %; D. III : 9 %; D. IV : 8 %.

M. ETIENNE-MARTIN dans sa thèse de Lyon 1931, décrit une méthode proche de la nôtre :

Cancers antérieurs : de la portion mobile : exérèse large ou radiumponcture;

Cancers postérieurs : rayons X insuffisants : employer le radium;

Cancers de plancher : limités : opération de Mores-tin; propagés au maxillaire : curiethérapie et chirurgie, résultats incertains.

Pour l'adénopathie : exérèse systématique à laquelle dans les cas douteux, il adjoint la radiumthérapie. Résultats :

Cancer du plancher : 20,68 % de guérison.

Cancers marginaux antérieurs : 15,91 %.

Cancers néso-marginaux : 13,62 %.

Cancers postérieurs : 8,82 %.

Nous référant aux données de l'Institut du Radium dont nous avons adopté les vues aussi bien anatomiques, cliniques, que thérapeutiques, nous constatons l'équivalence de nos pourcentages de guérisons globales. Nos chiffres sont même un peu supérieurs, mais notre statistique s'étendant de 1924 à 1933 est partiellement constituée de cas ayant bénéficié des perfectionnements de la technique opératoire.

En somme, cette méthode a donné à ses adeptes environ 25 % de succès. Les autres solutions proposées ont-elles été plus heureuses ?

Longtemps seul pratiqué, le traitement chirurgical de la lésion initiale, reste encore de nos jours le préféré de certains auteurs.

Si belle et chantée fut l'aurore de la radiothérapie, qu'on en vint à prédire le déclin de la chirurgie du cancer, mais les armes se complètent toujours plus qu'elles ne se supplantent; aussi bien rajeunie, enrichie de l'apport de la physique moderne, l'exérèse devenue diathermique est de nouveau à l'ordre du

jour. D'aucuns d'ailleurs ne lui ont jamais retiré leur confiance; en outre, la majorité des cancérologues a toujours préconisé la cure radicale des tumeurs facilement abordables, et largement extirpables. Citons quelques noms :

Le British medical journal, du 11 décembre 1926, rapporte l'avis de plusieurs auteurs anglais.

DUCAN et FITZWILLIAMS pratiquent l'exérèse de l'organe par voie buccale sans ligature préalable de la carotide externe et de la linguale.

MILLIGAN conseille l'extirpation au couteau cautére diathermique, aussi souvent qu'il est possible.

GORDON-TAYLOR excise la langue, puis les ganglions au bistouri électrique : grosse mortalité : 48 %, mais 50 % des survivants guérissent, soit un succès global supérieur à 25 %.

G.-A. WYETH, de New-York, en 1926, préfère l'émiglossectomie par endothermie en quatre temps :

1) ligature des artères linguale, faciale, et carotide externe;

2) coagulation de l'organe de la base au sommet circonscrivant la tumeur;

3) destruction de la masse néoplasique par électrocoagulation;

4) section diathermique de la tumeur passant par la zone de nécrose protectrice.

PÉTROFF, de Léningrad, en 1928, recommande la chirurgie pour les petites néoplasies et la curiethérapie seule ou précédée par la chirurgie ou l'endothermie pour les autres .

REGAUD-JEANNENEY, nous l'avons dit, admettent l'exérèse des cas précoces. Leur avis est aussi le nôtre.

DOUGLAS HARMER, dans le british journal of Surgery de Bristol, en avril 1928, dit sa préférence pour la « circumvallation » c'est-à-dire la coagulation du tissu sain entourant le cancer; lequel est stérilisé, sous l'influence de REGAUD, par le radium et ensuite excisé au couteau diathermique.

ROSE, de Londres, en 1928, utilise aussi pour traiter la lésion initiale, le bistouri électrique.

Dans sa thèse de Paris, en 1928, MÉNÉGAUX établit la comparaison entre la chirurgie et les radiations.

Chirurgie seule : guérison 25,6 %.

Radiumthérapie locale et curage ganglionnaire, guérison 33 %.

D'après la conclusion de l'auteur, la chirurgie seule et locale peut suffir au début : ce procédé donne 55 % de guérison.

Les récidives après radiumthérapie sont plus précoces et plus virulentes.

BERNARD, en 1929, pour les cancers d'apédiens propagés au squelette préfère la chirurgie : il enlève en bloc, la moitié inférieure de la langue et le plancher sus-mylohyoïdien, conservant une baguette osseuse faite du bord inférieur du maxillaire, suites simples, physiologie pas très gênée.

SÆERENSEN, de Wurtzburg, en 1930, distingue :

1°) les cas précoces où la chirurgie, le radium et la diathermie donnent des résultats également satisfaisants;

2°) les cas plus avancés, les plus communs, desquels il pratique une large extirpation. Il se décide toujours à l'amputation transversale de la langue. Les dorso-postérieurs sont atteints par section du frein, de la muqueuse et des muscles génio-glosses. Opération précédée du curage ganglionnaire et de la ligature des linguales;

3°) les cas très avancés : totalement extirpée par une pharyngotomie sous-hyoïdienne;

4°) les cancers du plancher pour lesquels l'auteur emprunte la technique de CLOQUET et BEGBOLI développée par BILLROTH.

SCHONBAUER, de Vienne, en 1931, publie sa statistique de malades opérés, l'intervention avait été différente suivant les cas, guérison : 17,4 %.

ETIENNE-MARTIN dans sa thèse, en 1931, préconise pour les néoplasmes antérieurs l'exérèse large ou la curieponcture. Pour ceux du seul plancher : l'opération de MORESTIN; pour les dapédiens propagés au maxillaire : la curiethérapie et la chirurgie, en ce dernier cas : résultats médiocres.

NICOLINI, de Buenos-Aires, en 1933, associe la chirurgie au radium, il pratique souvent la résection du maxillaire.

FRASER, de Philadelphie, en 1932, établit une statistique.

68 cas traités au bistouri électrique.

23 % de guérisons.

45 % de récidives.

29 % mortalité.

42 cas ne présentaient pas d'adénopathie : 35 % de guérisons.

26 cas de ganglions palpables : 3 % de guérisons.

1°) ablation de la tumeur sans toucher aux ganglions :

20 % de guérisons.

44 % de récidives.

32 % mortalité.

2°) ablation simultanée de la tumeur et des ganglions :

26 % de guérisons.

21 % récidives.

52 % mortalité.

3°) ablation des ganglions à part :

25 % guérisons.

66 % récidives.

8 % mortalité.

En somme deux chiffres importants à considérer.

a) 23 % de guérison globale par la chirurgie;

b) 52 % de mortalité par l'exérèse simultanée du cancer et de sa métastase.

Enfin le Professeur MOURE, publie en 1932, les résultats éloignés de la méthode chirurgicale dont il est en quelque sorte le champion.

D'après lui, le rôle de radium se réduit à celui d'agent destructeur de la lésion locale, son efficacité ne semble pas supérieure à celle de la chirurgie (extirpation ou coagulation). L'auteur reproche à la radiumthérapie la nécessité d'une biopsie parfois dangereuse; l'action excitante des rayons sur les gan-

glions et les risques d'ostéoradionécrose. Il reste partisan de l'exérèse per os sous-anesthésie loco-régionale, au bistouri électrique, et il réalise ainsi le pourcentage rarement égalé de 40 % de guérisons.

De ces considérations dégageons deux conclusions :

La cure chirurgicale de la lésion primaire a moins de partisans que la radiumthérapie; ses résultats ne sont cependant pas inférieurs, on lui doit même la meilleure statistique connue; néanmoins, cette méthode plus difficile et dangereuse n'aura pas notre préférence.

La chirurgie est souvent l'obligée de la diathermie qui s'associant d'autre part au radium donne naissance à de nouveaux procédés thérapeutiques. Si bien qu'actuellement la question est d'une complexité peut-être moins évocatrice de richesse que de pauvreté.

Poursuivant l'examen des conceptions thérapeutiques différentes de la nôtre, après la chirurgie de la lésion primaire, nous parlerons de la radiothérapie du cancer lingual et de sa métastase cervicale.

En schématisant on peut dire qu'en l'occurrence les rayons X ne se sont jamais imposés. Dans certains cas où l'application du radium est particulièrement pénible et on y a recours avec un succès relatif. Ils sont aussi conseillés pour les néoplasmes infra-linguaux suffisamment sensibles aux radiations pour être heureusement influencés par eux. Hors ces conditions spéciales, les rayons X ne sont pas indiqués. Ainsi pensent REGAUD et son école, en 1925, 1926, 1928, JEAN-

NENEY en 1928, JELLY en 1931, SÉBILEAU et BERVEN en 1932. PROUST résumait la question en écrivant « je crois que le jour où les dotations de radium seront suffisantes pour traiter dans l'avenir le cancer de la langue par curiethérapie, la radiothérapie pénétrante aura disparu de ce domaine ».

Personne du reste ne refuse aux R. X. une certaine efficacité. Voici pour mémoire la technique de l'Institut du Radium :

Kilovolts : 200.

Filtre : 1,50 à 2 mm. de Zn et 3 mm. d'AL;

Distance peau-anticathode 60 cm.

Porte d'entrée cutanée 50 à 150 cm², on cherche à avoir dans la profondeur une dose inférieure d'1/4 à 1/5 à la dose épidermicide; il se fait du reste toujours une radiodermite cutanée transitoire.

Durée du traitement : trois semaines.

Cette méthode qui est très sensiblement la nôtre, n'est peut-être pas la dernière admise, mais nous serions étonnés qu'on y ait apporté de grosses modifications.

Or, actuellement nous parvient d'Amérique l'écho d'un enthousiasme nouveau pour la radiothérapie dont on assimile les succès à ceux de la curiethérapie.

PFALLER, de la Nouvelle Orléans, commence ses traitements indistinctement par le radium ou les R. X. à haut-voltage.

KAPLAN, FRIEDMAN, ROSH, BROESTURY de cette même ville, écrivent qu'il existe une similitude d'effets entre les R. X. donnés suivant la méthode de COUTARD et

les rayons gamma utilisés suivant la technique de BERVEN. L'important est de déterminer pour chaque type de néoplasme la durée d'application du traitement. Ils estiment aussi que les rayons du Radium agissent plus profondément sur les tissus entourant la tumeur que les Rayons X, celle-ci serait donc moins apte à subir l'irradiation intersticielle consécutive.

Il est trop tôt pour juger cette nouvelle physionomie du problème. Citons cependant l'avis tout récent du professeur LAMBRET qui, après avoir prévu la prochaine réalisation de postes de radiothérapie de 400.000 à un million de volts, d'une haute puissance cancéricide, ajoute « il peut se faire qu'un jour, la découverte de gisements de pechblende facilement exploitables, permette à l'industrie de nous ravitailler en radium à bon compte. Ce jour là marquera la fin des Rayons X ».

Enfin nous critiquerons la méthode la plus fascinante peut-être du temps présent : bien des auteurs l'ont adoptée que nous ne citerons pas. Nous développerons seulement la pensée de ses partisans les plus acharnés ; les suédois et les russes, soit les professeurs BERVEN et PÉTROFF.

Mais auparavant nous éliminerons définitivement l'hypothèse de l'électro-coagulation comme facteur thérapeutique exclusif de la lésion linguale. Nous l'avons employée trois fois avec un résultat déplorable, et sans consulter celle d'autrui, notre expérience nous autorise à renoncer à cette méthode.

Le Docteur Elie BERVEN, directeur du Radium-

hemmet de Stockholm rapporte au congrès international de Zurich de 1934, sa ligne de conduite et ses résultats.

Depuis 1919, il a suivi la technique suivante :

Télécuriethérapie de la tumeur primitive et des ganglions à l'aide de l'appareil de Sievert. 3 à 5 gr. de radium-élément. Distance focale : 6 centimètres. Filtration : 5 mm. de Pb. 6 à 8 portes d'entrée.

Traitement journalier : $2 \text{ h.} \times 3000 \text{ Mg.} = 6000 \text{ Mgh}$
ou $1 \text{ h. } 1/2 \times 5000 \text{ Mg.} = 7.500 \text{ Mgh.}$

Dose totale : 50.000 à 100.000 Mgh. Ra. él.

Durée du traitement : 2 à 4 semaines.

A la fin de la réaction du traitement : radioépithélite de la muqueuse et radio-épidermite qui durent trois semaines :

1°) Si la tumeur disparaît, des examens répétés sont poursuivis, et quelques séries de télécuriethérapie sont effectuées à petites doses.

2°) Si des restes de la tumeur ou des métastases persistent, on réalise :

a) l'électro-coagulation ou le traitement chirurgical de la tumeur primitive;

b) la dissection des métastases persistantes dans les cas convenables.

Par rapport à l'adénopathie le cas sont répartis en trois groupes :

1° aucun signe clinique d'envahissement ganglionnaire;

2° métastases bien délimitées, mobiles, opérables;

3° métastases avec début de fixation, sans que la capsule soit dépassée.

Traitement du groupe I :

Télécuriethérapie seule du territoire lymphatique et de la lésion linguale.

Observation.

Si une métastase apparaît, on la dissèque; si aucun ganglion ne se manifeste, on pratique plusieurs séries de télécuriethérapie à petite dose.

Traitement du groupe II :

Télécuriethérapie comme au groupe I.

Si l'adénopathie fond, on observe et on exécute plusieurs séries de télécuriethérapie à petite dose; si la métastase persiste, on l'extirpe.

Traitement du groupe III :

Téléradium seul. L'exérèse chirurgicale en ces cas s'est toujours révélée néfaste.

Résultats de 1916 à 1928, car l'auteur exige une épreuve du temps de 5 ans.

Epithéliomas linguaux : 141, guéris 40, soit 28 %.

Epithéliomas infra-linguaux : 37, guéris 12, soit 32 %.

Le professeur PÉTROFF, directeur de l'Institut d'Oncologie de Léninegrad dans une conférence faite au centre anticancéreux de Toulouse, le 11 mai 1935, décrit sa technique et donne ses résultats.

1° Traitement de la lésion initiale.

Après essai des « barestubes » américains, des aiguilles ou tubes radifères de l'école française, depuis 1930, l'auteur reste fidèle à la méthode suédoise qu'il estime plus radicale, aussi bénigne, et moins provocatrice de radionécrose.

Les épithéliomas linguaux sont donc soumis d'abord à l'irradiation de 60 à 100 mmgr. de Ra-él. distants de 6 cm. pendant 2 à 3 semaines, jusqu'à la dose totale de 150 à 350 M. C. D., après quoi s'intercale une pause d'autant, suivie de la destruction électrique et de la brady-curiethérapie des localisations antérieures et de la radiumponcture des postérieures.

Dès le début, le malade est soulagé; les ganglions s'atrophient, la tumeur linguale se rétrécit et devient accessible à l'électro-coagulation ou l'électro-excision suivies d'une implantation de tubes ou d'aiguilles de radium ou de radon pour quelques heures, sans dépasser la dose de 4 à 7 M. C. D. Les néoplasies postérieures sont difficilement coagulables, aussi l'auteur leur applique l'aiguillage par voie basse, trans-cervicale, sus-hyoïdienne.

Les cancers fixés au maxillaire, infiltrant le plancher ou les piliers pharyngiens ne relèvent ni de l'électro-coagulation, ni de la curieponcture « tentatives inadmissibles ». En ces cas désespérés, l'ambition du thérapeute, doit se borner au traitement palliatif dont la télécuriethérapie est d'emblée le meilleur.

2° Traitement de l'adénopathie.

Si elle n'est pas cliniquement évidente, l'auteur n'opère que s'il doit perdre de vue son malade.

Si elle existe, il opère toujours suivant la technique de Grile, mais ce temps n'est réalisé qu'après guérison du foyer lingual.

Statistique :

Stade I : 22 cas traités, 17 guéris, soit 77 %.

Stade II : 63 cas traités, 16 guéris, soit 25,3 %.

Stade III : 31 cas traités, 0 guéris.

Pourcentage global : 13 % de guérisons.

Ainsi deux techniques très voisines donnent deux statistiques différentes. A notre avis cette anomalie s'explique par la dissemblance des cas traités, le professeur PÉTROFF a dû recevoir de plus nombreux malades porteurs de néoplasmes très évolués. Et ceci est intéressant qui nous permet de constater que sur 31 cancers classés dans son troisième degré, l'auteur n'a pas obtenu une guérison alors que notre méthode nous a donné 4,76 % de succès pour le 4^e degré, chiffre également obtenu à l'Institut de Radium; et cependant l'auteur russe fait sûrement entrer dans son dernier stade des cas que nous rangeons dans notre pénultième.

Les résultats du professeur BERVEN sont meilleurs que les nôtres :

Chez lui :

Cancers linguaux : 28 % de guérison,

Cancers infra-linguaux : 32 %.

Chez nous :

Cancers dorso-linguaux antérieurs : 25,13 % de guérison.

Cancers dorso-linguaux postérieurs : 29,26 %.

Cancers infra-linguaux : 31,74 %.

Mais si léger est l'avantage qu'on ne peut en tenir compte. Du reste il faut bien le constater, si les deux techniques sont égales, ce n'est pas dans la perfection,

mais bien dans la médiocrité, puisque très généralement on ne guérit aujourd'hui de par le monde qu'à peine un cancer de la langue sur trois. Les Ecoles ne doivent donc pas s'opposer, mais s'entendre, et bénéficiant d'une influence réciproque, par une évolution naturelle de la pensée, elles isoleront une technique éclectique qui progressivement dégagée restera unique et parfaite.

CONCLUSION

Nous avons dans cet ouvrage publié puis comparé le résultat des Traitements de l'Epithélioma lingual effectués au Centre Anticancéreux de Rennes de 1924 à 1933. Et notre Thèse se résume dans les déductions suivantes :

1° La curie puncture de la lésion initiale; l'exérèse et irradiation radium thérapeutique par appareil extérieur des Métastases ganglionnaires, nous ont valu 29.13 % de guérison définitive.

2° Notre statistique concorde très généralement avec celle des différents auteurs, soit qu'ils aient emprunté une technique identique à la nôtre, soit qu'ils en aient suivi d'autres.

Rappelons les résultats les plus significatifs :

a) Technique s'apparentant à la nôtre :

MM. JEANNENEY et MATHEY-CORNAT : 20 à 25 % de guérison (1928).

M. MENEGAUX par l'association Radiations-Chirurgie obtient en 1931, 30 % de guérison.

M. REGAUD et ses Collaborateurs dans plusieurs communications faites de 1925 à 1932 manifestent un pourcentage global de 28 % de guérison.

b) L'exérèse de la lésion initiale a donné à :

M. GORDON-TAYLOR : 25 % de guérison.

M. ETIENNE-MARTIN (Chirurgie des localisations d'adénocarcinomes) : 20 % de guérison.

M. FRASER : 23 %.

M. MENEGAUX : 25.60 %.

M. le Professeur MOURE : 40 %.

c) L'Ecole Suédoise a obtenu :

1) Localisations linguales : 28 % de guérison.

2) Localisations infra-linguales : 32 %.

(Statistique du Professeur BERVEN).

Le Professeur PETROFF, de Leningrad rallié depuis 1930 à la méthode suédoise réalise un pourcentage de 13 % de guérison.

3° On guérit donc aujourd'hui, quel que soit le procédé, péniblement le tiers des cancers de la langue.

4° La majorité des cas nous parviennent à un stade trop avancé pour être à coup sûr traités efficacement; aussi bien le succès thérapeutique est-il encore fonction de la précocité du diagnostic et, en dernière analyse, de l'organisation de l'éducation publique.

Vu, le Président de Thèse,
Pierre DUVAL.

Vu, le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Pour le Recteur :

L'Inspecteur de l'Académie,

J. PERRON.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSANDRI et PACETTO. — Chirurgie et radiumthérapie du cancer de la langue. *Annali italiani di chirurgia*, Naples, 31 octobre 1933.
- ARCÉ. — Cancer de la langue. *Boletines y trabajos de la Sociedad de cirugía de Buenos-Aires*, 21 juin 1922.
- Résultats éloignés du traitement combiné chirurgie et radium. *Bol y trab. de la soc. de cir. de Buenos-Aires*, 21 juillet 1932.
- ANTIONIOLI. — Sur le traitement chirurgical des tumeurs du frein de la langue. *Minerva Medica*, Turin, 1930.
- BECCHINI GASTONE. — Sur la radiumthérapie du cancer de la langue. *Ann. méd. Navale et coloniale*, Rome 32, n° 4-6.
- BÉGOUIN. — Cancer de la langue : radiumthérapie et curage ganglionnaire récidive du côté opposé. *Soc. de chir. de Bordeaux et du S. O.*, 11 fév. 1932.
- BENNET. — Radium dans le traitement du cancer de la cavité buccale. *New Zealand M. J.*, 1929, juin 1930.
- BÉRARD. — Résultat éloigné d'un cancer de la langue traité par la curiéthérapie. *Soc. de chir. de Lyon*, 2 juin 1921.
- Cancer de la langue curiéthérapie. *Soc. de Chir. Lyon*, 3 juin 1926.
- Cancer de la langue euriéthérapie. *Soc. de Chir. Lyon. Lyon Chirurgical*, sept. 1926, t. XX III, N° 5.
- BÉRARD et DUNET. — Du traitement combiné des cancers de la langue, chirurgie et radium. *Lyon Chirurgical*, juin 1928, n° 3.
- BERTRAND. — Etat actuel de la chirurgie conservatrice du cancer de la langue. *Revista ibero-americana de Ciencias Medicas*, Madrid, fév. 1931.
- BERVEN. — Radiumthérapie du cancer de la langue. *Schweiz Med. Wchnschr* 51, 17 août 1929.

- Le traitement radiologique des tumeurs malignes de la cavité buccale. *Acta Radiologica, Stockholm*, 15 août 1932.
- Développement de la technique et résultats du traitement des tumeurs des cavités buccales et nasales. *Am. Journ. Roentg. Springfield*, sept 1932, 8, n° 3.
- BIRKETT (E.). — Curiethérapie du cancer de la langue et de la bouche. *Th. Lancet*, 12 mars 1928 et 5 mai 1928.
- BLAIR. — Résumé de 65 cas traités de cancers de la bouche. *Surg-gynécol. and obst.*, fév. 1933.
- BONNAL. — Comment traiter le cancer de la langue ? *Le Sud Médical et Chirurgical*, Marseille, 15 mai 1928.
- BUSI et SANTORO D'EMIDIO. — Radiumthérapie du cancer de la langue. *Studium* 23, 1^{er} juin 1933.
- CADE STANDFORD. — Cancer de la langue. *British Medical Journal*, 11 décembre 1926.
- Le traitement par le radium du cancer de la langue. *Lanc. Londres*, 20 septembre 1930.
- CADENAT et HEITZ-BOYER. — Néoplasme étendu de la langue enlevé par voie buccale au moyen du couteau à haute fréquence. *Bull. Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, Paris, 23 février 1929.
- CAPIZZANO. — Radiumthérapie du cancer de la langue. Considérations sur 143 cas. *Revista Medica Americana*, décembre 1927.
- CIESZYNSKI et MEISELO. — La radiothérapie des tumeurs malignes de la langue et des maxillaires. *Riv. Ital. Stomat.* Parme, 1932, I, N° 12.
- CLAIMONT (P.) et SCHURCH (O.). — Sur le traitement du Carcinome de la langue et des joues. *Deutsche Zeitscher, J. Chirurg.*, Leipzig, 1930.
- CLARK WILLIAM. — Le traitement des tumeurs malignes de la cavité buccale. *Archiv. Phys. Thérap.* X., Rayons X. O. May, déc. 1932, N° 12.
- DORRANCE (G.-M.) et MAC SHANE (J.-K.). — Cancer de la langue et du plancher de la bouche. *Annals of Surgery*, Philadelphie, 6 déc. 1928.
- DUBOIS ROQUEBERT (H.). — Le traitement des adénopathies

cervicales consécutives aux épithéliomas des lèvres et de la langue. *Thèse de Médecine*, Paris 1924, Arnett., édit.

DUCUING (P.), FABRE (Ch.), GOUZY. — Evidement ganglionnaire du cou pour cancer (cancer de la langue en particulier). *Journ. de Chirurgie*, T. 45, N° 6, juin 1935.

DUFOUR et COTTENOT. — Cancer de la base de la langue avec adénopathie sous-maxillaire; guérison apparente par la radiothérapie et la pyothérapie uroforminée. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 25 nov. 1932.

DUVAL (P.). — Cancer de la langue guéri depuis onze ans. *S. N. de Chirurgie, Paris*, 21 juin 1933.

DUVAL (P.) et REDON (H.). — Un point de technique de l'évidement cellulo-ganglionnaire du cou pour cancer de la langue : l'opération totale d'arrière en avant. *Journ. de Chirurgie*, tome 45, n° 5, mai 1935.

EIRAR (F.). — Chirurgie diathermique du cancer de la langue. *Folha Med.* 10, 15 nov. 1929.

EMIDIO (D'). — Radiumthérapie du cancer de la langue. *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, Milan, 25 sept. 1932.

ETSTEIN (A.-A.). — Complication de la curiethérapie du cancer de la langue. *Voprossy ou kologuii, Kharkoff*, 1930.

— Sur les complications du traitement des cancers de la langue pour cancer. *Boletin de la Sociedad de Cirurgia de Chile*, Santiago, oct. 1933.

ETIENNE-MARTIN. — Traitement actuel du cancer de la langue. *Thèse de Lyon*, 1931.

EVANS (Arthur) et CADE STANDFORD. — Cancer de la langue, Compte rendu de la radiumthérapie. *Brit. Journ. Surg. Bristol*, juillet 1927, 15, n° 57.

EWING (James). — Radio sensibilité des carcinomes de la langue. *Bull. Memorial Hosp.*, New-York, mai 1930.

FERNANDEZ. — Radiumthérapie du cancer de la langue. *J. Philippine Islands* mai, 2 oct. 1932.

FINZI. — Radiothérapie des cancers de la cavité buccale. *Internat. Radiologenkirg* 2, 1934.

- FISHEL. — Le traitement du cancer de la langue. *The Journ. Of Missouri State Medical Assoc.*, St-Louis, nov. 1930.
- FITZWILLIAMS. — Sur le traitement du cancer de la langue. *The Lancet*, Londres, 29 oct. 1927.
- Traitements moderne du cancer de la langue. *West London*, octobre 1930.
- FRASER. — Cancer de la bouche et de la langue. *Annals of Surgery Philadelphie*, octobre 1932.
- FRIEDMAN. — Le traitement du cancer de la langue. *Médical Journal and record*, New-York, 17 sept. 1930.
- GARNIER. — Epithélioma de la langue, radiothérapie, ablation ganglionnaire, guérison de trois ans. *Lyon Médical*, 5 août 1934.
- GASK et MOIR. — Technique de la radiumthérapie du cancer de la langue et de la bouche. *Acta Radial* 10 40 g., 1929.
- GELLY (Georges). — Cancers du sillon alvéolingual et pelvi-buccaux, Paris, Legrand, édit., 1931.
- GENTIL (F.). — Développement de la thérapeutique du cancer de la langue de la chirurgie en 1901 à la radio-chirurgie en 1931. *Lisboa Med.*, décembre 1931.
- Cancer de la langue. *Arquivo de Patologia*, Lisbonne, n° 2, décembre 1932.
- GIORDANO. — Cancer de la langue. *Il Morgazi*, Naples, 8 mai 1932.
- GONZALEZ DIEZ (F.-E.). — Traitement du cancer de la langue par la radiothérapie, le radium, la diathermo-électro-coagulation. *Archiv. de Med. y Cirurgia y Especialidades*, 7 janv. 1928, N° 434.
- GORNOUEC. — Epithélioma de la langue; curiethérapie; radionécrose, guérie par les U. V. depuis 4 ans. *Annales d'oto Laryngologie*, Paris, T. 4, N° 8 dont 1934.
- GRIER (G.-W.). — Traitement des cancers intra-buccaux par application du radium au contact de la lésion. *The American Journal Roentgenology and radiumtherapy*, Washington, vol. XV, n° 3, page 201.
- GUERNEZ. — Cancer de la langue et électro-coagulation. *Soc. Nat. de Chir.*, Paris, 23 nov. 1932.

- GUNSETT (A.). — Cinq cas de néoplasme de la langue traités par les agents physiques : curiethérapie, télécuriethérapie, électro-coagulation. *Archives du centre anti-cancéreux de Strasbourg*, 1930.
- GUYOT et JEANNENEY. — Du traitement du cancer de la langue. Radiumthérapie et chirurgie. *Bull. Mém. Soc. Nat. de Chir. de Bordeaux*, 1922-23.
- GUZMAN. — Cancer de la langue. *Boletín de la Sociedad de Cirugía de Chili*, Santiago, décembre 1933.
- HARMER-DOUGLAS. — Radiumthérapie du cancer de la langue. *Saint-Barth Hosp.*, rep. 60, 113, 126, 1927.
- Chirurgie diathermique pour cancer de la langue. *Brit. Journ. Surg. Bristol.*, avril 1928, 15, n° 60.
- HARTMANN. — Epithélioma de la langue et du plancher buccal. *Journal des Praticiens*, Paris, 23 janvier 1926.
- Traitement du cancer de la langue. *Paris Médical*, 4 avril 1931.
- HOFFMAN (William). — Technique d'implantation des tubes en or dans les cancers de la base de la langue, avec rapport d'un cas. *Bull. Mém. Hosp.*, New-York, mai 1930.
- HOLLANDER et FISCHER. — Application superficielle intrabuccale de R. X. *Archiv. Dermat. et Syphil.*, 30 décembre 1934.
- JEANNENEY et GRÉ. — A propos du traitement du cancer de la langue, nécessité de la ligature préalable des vaisseaux nourriciers. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 avril 1928.
- JEANNENEY. — Traitement des cancers de la langue par la chirurgie et la curiethérapie. *Congrès Français de Chir. Paris*, oct. 1925.
- Considérations sur le traitement du cancer de la langue. *Archives franco-belges de Chirurgie*, Bruxelles, fév. 1926.
- Comment reconnaître et traiter le cancer de la langue. *Bull. Méd. de Québec*, juillet 1927.
- JEANNENEY, RÉCHOU, MATHEY-CORNAT. — Le traitement radio-chirurgical des cancers de la langue. *Bull. Mém. Soc. Nat. de Chir.*, Paris, 12 oct. 1927, 53.

- JEANNENEY, et MATHEY-CORNAT. — Le traitement actuel du cancer de la langue, indications, technique, résultats. *Gazette des Hôpitaux*, 4 février 1928.
- JEANNENEY. — Le traitement radio-chirurgical du cancer de la langue. *Internationale radiothérapie* de S. Wetterer, Darmstad, 1928.
- Le traitement du cancer de la langue. *Strasbourg Médical*, 5 août 1929, n° 15.
- JOHNSON (F.-M.). — Combinaison de la chirurgie et des radiations dans le traitement des cancers de la cavité buccale. *South M. S.* 20, 454-455, juin 1927.
- JONQUIÈRES. — Résultats éloignés de la radiumthérapie dans le cancer de la langue. *Revista Medica latino-Americana* Buenos-Aires, mars 1935, n° 234.
- JUDD et PHILIPPS. — Curabilité du cancer de la langue. *Proc. Staff. Mut. Mayo Clin.* 9, 3 janv. 1934.
- JULIEN. — Traitement du cancer de la langue par le radium et l'électro-coagulation. *Société de Radiologie Médicale de France*, 12 janv. 1932.
- KORTEWEG. — Le cancer de la langue. *Virchows Archiv., Berlin*, 10 janv. 1931.
- KRASSIN KAZAN. — Un nouveau procédé de résection ostéoplastique temporaire du maxillaire inférieur pour ablation du cancer de la langue. *Zentralblatt für Chirurgie*, T. L. III, n° 49, 4 déc. 1926.
- Une opération radicale du cancer de la langue. *Surgery Gynecology and obstetrics* (Chicago), mai 1931.
- KUHN. — Deux cas de cancer de la langue propagés au plancher en état de guérison. *La Bourgogne Médicale*, n° 4, avril 1932.
- LABORDE. — Radiothérapie des cancers de la cavité buccale. *Revue d'Actinothérapie*, 10 janv., fév. 1934.
- Traitement du cancer de la langue. *Revue Méd. Franç.*, 15 nov. 1934.
- LAMBADARIDES. — Nécroses de la langue par application de radium. *O Practicos Iatros* (Athènes), fév. 1935).
- LAMMERS. — Cancer de la langue traité par le radium. *Med. derl tydschr et geneest*, Haarlem, 1925.

- Traitement du cancer de la langue par le radium. *Nederl Tijdschr v Geneest*, Haarlem, 1926.
- LANE-CLAYPON (Janet E.). — Rapport sur le cancer de la lèvre et de la langue et de la peau. *Reports ou public health and medical subjects*, Londres, 1930.
- LANG (A.). — Radiumthérapie spécialement dans le cancer de la base de la langue. *Zentralbl. f. chir.*, 11 oct. 1930.
- LA ROQUETTE (DE). — Néoplasme de la langue traité par la radiothérapie superficielle et profonde. — *J. de Radiol. et d'Electr.*, Paris, 1925, IX.
- LAZARUS (Paul). — Le cancer de la langue; son traitement prophylactique et par le radium. *Arch. G. Viridauings*, Frankh, Berlin 1928.
- LENZ (Maurice). — La curiethérapie des cancers épidermoïdes intra-buccaux, suivant la méthode de l'Institut du Radium de Paris. *Am. Journ. of Roentgen*, New-York, 1926, val. XV.
- LE ROUX (Louis) et TILLMAN. — Deux cas de tumeurs malignes traités par diathermocoagulation. *Soc. Laryng. Hôpitaux*, Paris. *Ann. Maloreilles*, mars 1927.
- MARQUES (Thiago). — La diathermo coagulation dans le traitement des tumeurs de la cavité buccale. *Revue de Stomatol.*, Paris, sept. 1932, n° 9.
- MARTINEZ (E.). — Analyse de 138 cas traités à l'institut du cancer de la Havane. *B. el liga, contra el cancer* 8, 12, 21 janvier 1933.
- MÉLAND (O.-N.). — Cancer intrabuccal et son traitement. *Radiology*, 24 mars 1935.
- MÉNÉGAUX (G.). — Etude comparée du traitement du cancer de la langue par la chirurgie et les radiations. *Thèse Paris* 1928, Legrand, édit.
- MILIAN et DELAMARE. — Epithélioma spino-cellulaire de la base de la langue. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermato et Syphil.*, Paris, n° 7, juillet 1934.
- MILLIGAN (W.). — Le cancer de la langue. *The British Medical Journal*, 11 décembre 1926.
- MONOD et ROUX BERGER. — Cancer de la langue. *Journ. de de Méd. et de Chir. Pratiques*, Paris, nov. 1926.

- MONOD et ROUX BERGER. — Cancer de la langue. *Maroc Médical*, Casablanca, 15 mars 1927, 15 avril 1927.
- MONOD. — Traitement des adénopathies dans le cancer de la langue, 7 mai 1927.
- MONOD et WALLON. — Cancer marginal de la langue avec adénopathie croisée. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 26 oct. 1929.
- MONOD et WALLON. — Cancer marginal de la langue propagé au maxillaire inférieur avec adénopathie croisée survenue quatre ans et demi après le traitement. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 29 mars 1930.
- MONOD. — Traitement des adénopathies cervicales secondaire du cancer de la langue, des lèvres et du plancher. *Médecine*, 15, 93, 98, juin 1933.
- MORALES. — Cancer de la langue. *El siglo Médico*, Madrid, 1926.
- MOURE (Paul). — Traitement chirurgical des épithéliomas de la langue. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 25 fév. 1928.
- Cancer de la langue, amputation subtotale et curage ganglionnaire bilatéral, guérison après six ans. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 7 avril 1928.
- Traitement des Epithéliomas de la langue. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 12 déc. 1928.
- MOURE et HENRI (René). — Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de la langue. *Bull. Soc. Dermat. et Syphil.*, Paris, mars 1932, n° 3.
- MOURE. — Conclusion de la discussion sur le traitement du cancer de la langue à la société nationale de Chirurgie, du 23 nov. 1932.
- MUIR (Joseph). — Technique d'utilisation des tubes d'émanation amovible dans le cancer de la langue. *Annales of Surgery, Philadelphie*, mai 1926, vol. XXXIII.
- Substances radioactives, leur application thérapeutique, traitement du cancer de la langue par les radiations. *Radiology*, Saint-Paul, 1925.
- La fixation des tubes de Radon à la base de la langue. *Annals of Surgery*, Philadelphie, mai 1931.

- NABIAS (DE). — Indication et technique de la curiethérapie dans le cancer de la langue. *Revue de stomatologie*, Paris au XXVI, n° 3, mars 1924.
- NASAROW et RUSCHEWA. — Opération ostéoplastique dans le cancer de la langue. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Leipzig*, 6 fév. 1929.
- NEMENYI. — Opération radicale du cancer de la langue. *Madizinische Klinik*, Berlin, Prague, Vienne, 3 nov. 1932.
- NEW BRODERS, CHILDREY. — Tumeurs à grande malignité du pharynx et de la base de la langue. Identification et traitement. *Surgery, gynécol. and, obstétrics*, Chicago, fév. 1932.
- NICOLINI. — Traitement des adénopathies secondaires cervicales du cancer de la langue. *La Semana Medica*, Buenos-Aires, n° 29, 21 juillet 1932.
- Traitement du cancer de la langue. *Boletin del Instituto de Clin. Quirurgy*, Buenos-Aires, n° 74, 76, 1933.
- Classification des métastases ganglionnaires et des méthodes de traitement du cancer de la langue. *Semana Medica*, Buenos-Aires, 2-5 oct. 1933.
- NOVA (K.). — Moulages internes pour l'usage de la radiumthérapie dans la cavité buccale. *Casop. lek. Cesk.* 72, 20 janvier 1933.
- OPERT. — Le traitement par le radium du cancer de la langue. *Le Sud Médical et Chir.*, Marseille, 15 mai 1924.
- Cancer de la langue. *Bulletin Médical*, Paris, 3 janv. 1925.
- Traitement du cancer de la langue par le Radium. *Le Sud Médical et Chir.*, Marseille, 15 mai 1926.
- PEREZ FONTANA et CASTIGLIONI ALONSO. — Etat actuel du traitement du cancer de la langue. *Annales de la Facultad de Medicina*, Montevideo, sept-oct. 1930.
- PÉROCHON et ETIÈVRE. Epithélioma du plancher de la bouche. Traitement combiné de radiumthérapie et de radiothérapie profonde. *Revue Méd. du Centre-Ouest*, 6 juil. 1934.
- PÉRUSSIA. Radiumthérapie du cancer de la cavité buccale. *Arch. d'Electric. Méd.* 42, mai-juin 1934.

- PÉTROFF et KAUZMNI. — Traitement du cancer de la langue. *Westnik chirurgui i programitchnykhollastei*, Lénin-grad, 1928.
- PÉTROFF. — Le cancer de la langue et son traitement. *Toulouse Médical*, 1^{er} oct. 1935.
- PRAT. — Cancer de la langue. *Annales de la Facultad de Medicina*, Montevideo, nov. 1933.
- PRIDIE (K.-H.). — Radiumponcture rétrograde; une nouvelle technique d'insertion d'aiguilles de radium dans le cancer de la langue. *Brit. Méd. Journ.*, Londres, 18 mars 1930.
- PROWD. — Traitement radiologique du cancer intra-buccal. *Canad. M. A. S.*, 28 fév. 1933.
- QUICK DOUGLAS. — Traitement du cancer de la langue. *Brit. Journ. of. Rad.*, Londres, mars 1926.
- — — Roenthentherapie du cancer de la langue. *Strashlentherapie*, 25, 6 nov. 1927.
- — — Radium et chirurgie dans le cancer de la langue. *Brit. Journ.*, Londres, 6 déc. 1930.
- QUICK BALCOMBE. — Affections malignes de la langue et de la bouche. *Méd. Journ. of. Australia Sydney*, 13 juil. 1929.
- RÉCHOU-JEANNENEY, MATHEY-CORNAT. — Le traitement du cancer de la langue du centre anti-cancéreux de Bordeaux et du S. O. *Journ. Méd. de Bordeaux*, 10 août 1927, 104, n° 15.
- RÉGAUD. — Sur la curiethérapie des épithéliomas de la langue et de leurs adénopathies secondaires. *Paris Médical*, 15^e année, 1925, p. 296.
- RÉGAUD, LACASSAGNE, ROUX-BERGER, COUTARD, MONOD, PIERQUIN, RICHARD. — Les adénopathies consécutives aux cancers des lèvres de la langue et du plancher de la bouche, leurs indications thérapeutiques, leur traitement. *Paris Médical*, 16 avril 1927, N° 16, 4.
- RÉGAUD. — Traitement du cancer de la langue. *Bol. y trab. de la soc. de Cir. de Buenos-Aires*, 3 déc. 1930.
- — — Les épithéliomas de la cavité buccale, leur traitement par le radium et les rayons X. *Journ. de Méd. et Chir. Pratiques*, 10 janv. 1932, t. CIII, n° 1.

- RÉNOUX. — Cancer de la langue et de l'amygdale. *Soc. de Méd. de Paris*, 25 février 1933.
- ROSE. — Les radiations et la chirurgie dans le cancer de la langue. *Report of the international conférence on cancer*, Londres, juillet 1928.
- ROSENFELD. — Cancer de la cavité buccale et de la base de la langue. *Acta chirurgica scandinavica*, Stockholm, n° 2, 1932.
- ROUSSY (Gaston). — Les renseignements tirés de la biopsie dans les cancers de la cavité buccale. *Rev. de stomatol* 29, 901, 911, décembre 1927.
- ROUSSET. — Radiothérapie (méthode de Coste) dans le traitement du néoplasme du plancher buccal. *Bull. soc. franc. de dermat. et syph.* Lyon, juillet 1933.
- ROUX-BERGER et MONOD. — Traitement des épithéliomas de la langue. *Soc. Nat. de chir.*, Paris, 27 avril 1927.
- ROUX-BERGER et MONOD. — Statistique du traitement du cancer de la langue par les R. X. et le radium. *Hôpital*, 16 avril 1928.
- ROUX-BERGER. — Le curage des ganglions du cou dans le cancer de la langue. Radiophysologie et radiothérapie. *Archives, institut du radium*, Paris 1928, I, n° 2, p. 257.
- ROUX-BERGER et MONOD. — Traitement des épithéliomas de la langue. *Archives Institut du radium*, Paris, 1928, vol. I, n° 2.
- ROUX-BERGER. — Traitement des adénopathies cancéreuses de la langue, *Hôpital* 18, mars 1930.
- ROUX-BERGER. — Cancer de la langue, statistique de la fondation Curie. *Soc. Nat. de chir.*, 9 nov. 1932, t. 53, n°28.
- ROUX-BERGER. — Cancer de la langue et électro-coagulation. *Soc. Nat. de chir.*, Paris, 23 nov. 1932.
- ROUX-BERGER et TAILHEFER. — Le curage des ganglions du cou dans les cancers buccaux pharyngés, la section systématique du ventre postérieur du digastrique et du stylo-hyoïdiens. *Arch. Inst. du radium*, nov. 1933, vol. III, fasc. I.
- SALINGER (Samuel). — L'émanation du radium dans le cancer de la bouche et de la langue. *Arch. phys. ther. X ray. bad. Omaha*, juin 1927, 8, n° 6.

- SANTARO. — Guérison clinique d'un cancer de la langue après un traitement trois fois répétés. *Archivio de radiologia*, Naples, 2 mars 1931.
- SANTORO d'EMIDIO. — Radiumthérapie du cancer de la langue. *Gazz. d'Hôp.*, 53, 2 octobre 1932.
- SCHONBAUER (Wien). — A propos du cancer de la langue. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, n° 12, mai 1931.
- SCHUERCH (O.). — Conditions d'une thérapeutique efficace des carcinomes de la bouche. *Schweiz Méd. Woch.*, Bâle 1930.
- SCHULTE (G.). — Un carcinome de la langue guéri depuis six ans sous la seule influence des R. X.
- SEBILEAU. — Traitement du cancer de la langue. *Bull. Méd.* Paris, 44, 27 déc. 1930.
- SEBILEAU. — Méthodes thérapeutiques du cancer de la langue. *Bol. liga contra el cancer* 6, 18 juin 1931.
- SEBILEAU. — Cancer de la langue, Paris 1932, Doint édit.
- SIMMONS (C. C.). — Cancer de la muqueuse buccale, résultats du traitement opératoire éradiologique. *Tr. Am. S. A.*, 48, 1930.
- SIMPSON. — Traitement du cancer de la langue par l'implantation de « bare glass tubes » contenant l'émanation du radium. Reportage de 30 cas. *J. Radiol Omaha*, 1925.
- SIMPSON et ROY. — L'émanation du radium dans le traitement du cancer de la langue et des autres parties de la cavité buccale. *Am. Journ. Of Roentgent*, New-York, mars 1926.
- SIMPSON et FLESHNER. — Traitement du cancer de la langue et des cancers intrabuccaux par l'émanation du radium. *Am. Journ. of Roentgenology and Radiumth.* Washington, vol. XV, n° 3.
- SIMPSON et FLESHNER. — Radium et radon dans les cancers intrabuccaux. *Clin. Méd. et Sutr.*, 34 avril 1927.
- SIMPSON et DUNLÉVY. — Technique radiumthérapique du cancer de la langue. *Radiol. Revue et Chicago M. Soc.*, 54, mars 1932.
- SOERENSEN. — Le traitement chirurgical du cancer de la langue. *Zeischr. f. laryngol.*, Würzburg, 1930.

- SOILAND et MELAND. — Cancer intrabuccal et son traitement. *California and West Méd.*, août 1930.
- SOUCHET. — A propos d'un cas de cancer de la langue traité par l'association chirurgie; radioth. profonde. *Revue de laryngo-oto-thino*, Bordeaux, 15 janv. 1925.
- STACY. — Rôle de la chirurgie dans le cancer de la cavité buccale. *M. J. Australia*, 1. 2 juin 1934.
- SWYNGHEDAUW et LEMAITRE. — Epithélioma de la langue traité par la curiethérapie et l'ablation chirurgicale des ganglions. *Le Nord Médical*, Lille, 11 sept. 1932.
- TAILHEFER (A.). — Etat actuel du traitement du cancer de la langue. *Revue médicale française*, nov. 1933, t. XIV, n° 8, p. 785.
- TALINI. — Radiumthérapie du cancer de la langue. *Radial Méd*, 20 mai 1933.
- THOUVENIN et CLOSIER. — Radiumchirurgie du cancer de la langue, quatre ans après. *Arch. Méd. d'Angers*, n° 8, août 1932.
- TRUESDALE. — Cancer de la langue. *Annales of surgery*, Philadelphie 1923.
- WASSIN (K.). — Cancer de la langue. *Nederl Landsh-tijdschrift, voor genees kunde*, Amsterdam, 3 mars 1928.
- WEILL. — Traitement du cancer de la langue par les radiations. *Journ. de Méd. de Paris*, n° 52, 26 déc. 1925.
- Traitement du cancer de la langue. *Journ. de Méd. de Paris*, n° 8, 22 février 1934.
- WYETH (G. A.). — Hémiglossectomie par l'endothermie dans le cancer de la langue. *Annals of Surgery*, Philadelphie, mai 1926, 84, n° 5.
- YAMATOS. — Radiumchirurgie du cancer de la langue. *O Practicos Iatros*, Athènes, n° 5, mai 1935.
- ZANOFF (A. J.). — Contribution au diagnostic précoce et au traitement opératoire du cancer de la langue. *Koubansky Naoutchno méditzins kiy-Wiestnik-Krasnodor*, 1928, 7,8.
- ZANOTTI. — La radiothérapie du cancer de la langue. *Il Po-clinico sezione chirurgica*, Rome, janvier 1927.

ZENO. — La ligature de la carotide externe dans le traitement du cancer de la langue. *Prensa Méd. Argentina, Buenos-Aires*, 1925, 1926.

ZUCKSCHWERDT. — Opération ou irradiation dans le cancer de la langue.

